

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Rafael da Silva Feitosa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.606.809 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/04/19

NOME RAFAEL DA SILVA FEITOSA

FILIAÇÃO ANTONIA CLÁUDIA SOARES DA SILVA
ANTONIO DO VALE FEITOSA NETO

NATURALIDADE FLORIANO-PI DATA DE NASCIMENTO 02/04/2001

DOC. ORDEM CERT. NASC. 3547 L 16 F 290
EXP RIO GRANDE DO PIAUÍ-PI 13/12/05

CPF 080.001.273-93

ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 JUN. 2019

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



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	19 - Outros			
	01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros	
Acidente de Transporte	02 - Agressão física-espantamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido	
	03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	18 - Falso chamado	
Exame Físico	04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência		
	05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares		
Assistência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	23 Glasgow =	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
Hospital de Destino	26 Pupilas	27 Dor	28 Escala de Dor	29 Fratura	
	30 Procedimentos realizados	31 Glicemia	32 Acesso Venoso	33 Medicamentos	
Observações Interdisciplinar	34 Hospital de Destino	35 Condições de entrada	36 Óbito	37 Departamento de Sinistros	
	38 Observações Interdisciplinar				

Altair



NOME DO PACIENTE: Rafael da Silva Freitas

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 505415

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA		Prontuário: 505415	
Mãe: ANTONIA CLAUDIA SOARES DA SILVA		Pai: ANTONIO DO VALE FEITOSA NETO	
End.Resid.: VALE QUEM TEM - VLE QUEM TEM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 02/04/2001	Idade: 17a11m11d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99495-3850
Responsável: O MESMO		CNS: 700301910648231	
Profissão: AUTONOMO		Documento: CPF: 080.001.273-93	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 712053	Entrada: 13/03/2019 14:02:54	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO HÁ 1H. RELATO DE TRAUMA EM MIE COM FERIMENTO CORTANTE, ESCORIAÇÕES EM MMSS, MMII. NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC) ECG-15 FAZIA USO DE CAPACETE. (SIC)		CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 134933 Em: 13/03/2019 14:15:08

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 VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 1 HORA. RELATA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, EPISTAXE OU OTORRAGIA. QUEIXA-SE DE DOR EM MID

A) VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSICO.

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, SAT O2:99%.

C) RR, 2T, BNF, SS. FC: 105 BPM. PA: 140X90 MMHG. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO.

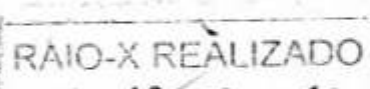
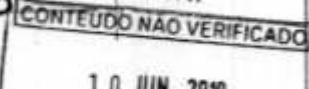
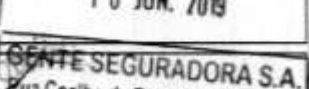
D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES.

E) CURATIVO OCLUSIVO EM JOELHO E PÉ ESQUERDOS. ESCORIAÇÕES EM ANTEBRAÇO DIREITO.

CD: RAIO X, ENCAMINHO A ORTOPEDIA.

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares: (1172060) - Pelve (1172061) - COXA ESQUERDA (1172062) - JOELHO ESQUERDO
--

Prescrição Médica:	   
---------------------------	--

Motivo da Alta/Encerramento: Estabilização	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
--	-----------------------------	------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 13/03/2019 14:38:58

Porto Alegre 13/03/19 15:00h

Trauma - MIE

Apresenta extim percut
e colunas e joelho E

Manusear com OK

KX: protos patib

protos indicat percut?

As centros viru


Ricardo Nogueira
Proprietário e Administrador
CNPJ nº 07.721.004/0001-93
SBO 12081


Kássia Jamys Pimentel Cavalcante
Matrícula: 63904
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL


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



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Rafael da Silva Lúcio</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Politraumatizado - fratur. patela + fêmur distal E</i>		
Operação - Tipo <i>IME + Fixação do Patelo + Fxoco do fêmur</i>		
Cirurgião <i>Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto</i>	1º Assistente	
2º Assistente <i>Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto</i>	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Almeida</i>	Anestesista <i>Dra. Ana Beatriz</i>	Anestesia <i>Raque</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>13/03/2019</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>O outro</i>		

Relatório Imediato do Patologista

Φ

Acidente Durante a Operação

Φ

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

*Fratura de fêmur distal - Anestesia Geral
LIMC de ferimento e fratura distal
Hxoco + PVP - Dupla do fêmur
reque foleto - Fêmur distal
Foleto e foleto de Hxoco + Cxoco
Reque - Hxoco - fêmur
Reque - Cxoco - fêmur
Reque - fêmur (RCH) e 2 reque
2 anéis Hxoco - Reque - fêmur
Fêmur - Cxoco*



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.00247

Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-P 3054



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Marcel da Silva Junior Sala: 06 Alergia: NEGA Data: 13/08/2019
Procedimento: Fratura de Patela e Encaixo Cirurgião: distal Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Propofol	9mg	15mg											
2 Morfina	2mg	6mg											
3 Dipirona	900mg	2400mg											
4 Anestésico	4mg	10mg											
5 Epinefrina	0.1	0.5											
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio	2L												
ARIN20													
Ventil	%												

Acesso Vascular Drenar

- ☐ Periférico
- Cat. Venoso nº G
- ☐ 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
- ☐ Raqui-anestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito:

SPO2 (%)	99	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)					
Aces. Venoso	DRENAR				
Aces. Venoso					
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUN. 2019

GENTE SEGURA
Rua Coelho de Sá, 69004
Centro - Norte
CEP: 66047-000
Anestesiologista



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diária / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	

HOSPITAL: HUT- CC CNPJ: _____
PACIENTE: Rafael da Silva Furtado N° AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto CPF: _____
Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054

JUSTIFICATIVA

Fratura patela E
Fratura fêmur distal E
02 Lios de Kitchner 2-0
01 Pró de Acetabulum L 5

DATA: 13/03/2019

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054
Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA: _____



Assinatura do Médico Solicitante

SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Rafael da Silva Ferreira

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Caio Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0403050624

CÓDIGO OPME: 0702030040 / 0702030732

JUSTIFICATIVA:

Processo de fratura
do fêmur distal (E)
Cirurgia lateral c/
- 02 parafusos
- 02 anéis laterais

Teresina, 13/03/19

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, / /

Assinatura do Médico Solicitante



COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Rafael da Silva Feitosa

Nº AIH: 234859

Nº do Prontuário: 505415 Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 0405050629

Indicador de Compatibilidade: 0302030040 / 0302030732

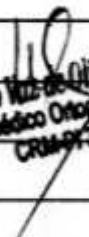
ÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Paulo Roberto Oliveira Neto

CRM Nº _____ CPF Nº _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 13 / 03 / 2019 DATA DA ALTA: / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx-103	02 parafusos esferizados 6,5mm UN:75 02 arruelas

Dr. Gino Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PR-3054



Xávis: Juarez Pimentel Quadros
Matrícula: 69904
SAME - NUT
COM O ORIGINAL

Dr. Elio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PR 3054



Kilobyte Anagor Pimentel Gonçalves
Matrícula: 69904
SAME - IVIT
CONFERE COM O ORIGINAL

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Tuesina 13 de mayo de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____ 10 JUN. 2019

Nome: Anália

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
10 JUN. 2019
GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói, RJ



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13 / 03 / 2019

NOME DO PACIENTE: <u>Rafael da Silva Furtora</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>505415</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Polipólio (pat. pat. + fímur. distal)</u>	CIRURGIA: <u>Osteonite de</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>06. Póster +</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</u> Medico Oncologista CRM 21.2054	CPF Nº: <u>Rafael</u>
AUXILIAR: <u>Estudante</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dra. Ana Beatriz</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Silene Silva</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	2		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	1	
AGULHA 30X8	UNID.	2		LUVA Nº 4.5	PAR	1	
AGULHA 40X12	UNID.	1		LUVA Nº 4.0	PAR	2	
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	2	
ALCOOL 70%	ML	400		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	400		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	3		SERINGA 20CC	UNID.	2	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	2		SERINGA 10CC	UNID.	2	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	1	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	4	
GASES	PAC.	4		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Blitador</u>	UNID.	5	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		<u>Fio - K Nº 2-0</u>	UNID.	2	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—					
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON 2-0		2					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA: <u>Faleiro</u>			
VICRYL 0		2		CIRCULANTE: <u>Luiza</u>			
PROLENE		—					





234859

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

234859

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

6 - Prontuário: 505415

7-CNS: 700301910649231

8-Nascimento: 02/04/2001

9-Sexo: Masculino

CPF: 080.001.273-93

11-Mãe: ANTONIA CLAUDIA SOARES DA SILVA

12-Fone: 86-99495-3850

13-Resp: (O MESMO)

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: VALE QUEM TEM - VLE QUEM TEM - CEP: 64000-010

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Acidente com trauma grave
no joelho (E) e ferimentos local
pelos (E)

21 - Condições que justificam a internação:

Testamto c/ru pro

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

RX = fratura patela (E) + Caudulo lateral femur

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

0408050624 + 0408050527 - 572.4 582.0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0415030013

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Tempo SUS
9999

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

776.327.023-34

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

13/03/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol.:(CRM)

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM PI 3054

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

Kassia Juanga Pimentel
Município: 69904
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

42-CNPJ Empresa:

40-No.Bilhete:

41-Série:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

45 - Vinculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

Desempregado

() Aposentado

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 JUN. 2019

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. GENTE SEGURADORA S.A.

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: 20190102055404
Centro - Nore CEP: 64002470
Consulta SUS:
Impressão: 13/03/2019 17:34:51

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP. LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Rafael da Silva Futura	505415	Ortopédica	936	248
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
			OBSERVAÇÕES	
#	POI Fratura patela + fêmur distal E			
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO			
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/MIN			
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H			
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H			
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H			
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H			
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN			
8	CURATIVO			
9	CCGG + SSW			

Dr. João de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM 2004

Dr. João de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
Matrícula: 89904
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUN. 2019

GENE SEGURODORA S.A.
Rua Cordeiro de Resende, 465 - Joia C.

RAIO-X REALIZADO

DATA 03/06/19

Técnico: [assinatura]

Após laudo
Sula de Gero
Talo Talo



130111

234703

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

185260

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	234703

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAFAEL VIEIRA DAS NEVES			6 - Prontuário: 423585	
7-CNS: 165467353940007	8-Nascimento: 06/09/1992	9-Sexo: Masculino	RG: 3429706 - SSPPI	
Mãe: ANA LUCIA VIEIRA			12-Fone: 86-95106-274	
13-Resp: PAULO ANDRE			14-Cor: Parda	
15-Ender: RUA BETHOVEN, 3000 - VILA IRMA DULCE - CEP: 64000-000				
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente em pós op de amputação
do M.D. Qualis: bom estado
geral e aus de ferida em
coto do amputado

21 - Condições que justificam a internação:

Tratamento Cirúrgico

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Exame Clínico + Eletrocardiograma

23-Diagnóstico Inicial:

Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

24-CID Prim:

T009

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0413040178** 27-Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

Tempo SU
3

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 776.327.023-34

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

34-Data Solicitação:

11/03/2019

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3084

35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autologização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

10 JUN. 2019

36-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

37-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

38-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

39-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

39-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

39-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

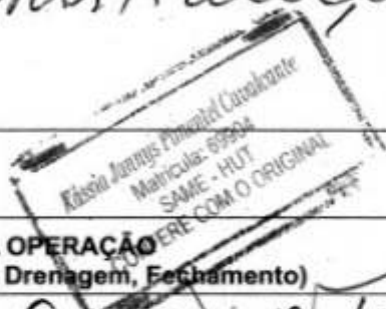
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Rafael Vieira das Neves		
Diagnóstico pré-operatório	infecção Coto Amputado Coto ①		
Operação - Tipo	LMC Denervação de Telex Mecotia		
Cirurgião	Dr. Carlo Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3054	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	31/03/19	Início	Fim

Diagnóstico Pós-operatório	Ossos e infecção grave Muito Remoto de Coto		
----------------------------	--	--	--

Relatório Imediato do Patologista	em 24 e 48h Avaliar, manusear e desinfetar o coto.		
-----------------------------------	--	--	--

Acidente Durante a Operação	X		
-----------------------------	---	--	--



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- Realizado sob anestesia - Anestesia e Antissepsia	
- Abertura do ferimento Coto ①	
- Manuseio muito Telex Mecotia	
- LMC de 24 e 48h + PVP	
- Denervação de Telex Mecotia	
- Remoção LMC - Telex Mecotia	
- Anestesia a base de Coto aberto	

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-70

Dr. Carlo Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11/03/19

NOME DO PACIENTE:	Rafael Viana das Neves	PRONTUÁRIO Nº:	423585
DIAGNÓSTICO:	Infecção do Trato Urinário	CIRURGIA:	LMC
ANESTESIA:	Dr. Basso	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Dr. Caio Val de Oliveira Neto	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Médico Ortopedista CRM-PI: 3054	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Raque	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Viana	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI n° 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7,5 x 8,0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	:		LUVA Nº 6,5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	.		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	:::		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	10		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO		
GASES	PAC.	:		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Eugenia		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Exames = 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL n° 2.0	.						
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

Kissia Junqueira Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69904
SABE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 JUN. 2019

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

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Rafael Vieira das Neves</u>					Nº DE REGISTRO		
DATA:	P. ARTERIAL <u>143 x 69</u>	PULSO <u>63</u>	RESPIRAÇÃO <u>14 ipm</u>	TEMPERATURA <u>?</u>	PESO <u>?</u>	ALTURA <u>?</u>	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA <u>2,9</u>	HEMATOCRITOS	GLICEMIA <u>47</u>	DOS. URÉIA <u>?</u>	
EXAMES DE URINA <u>nao km!</u>							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>Sat 92 09:1 AA; upulso</u>							
SISTEMA CIRCULATÓRIO <u>RRT 80/55 FC 64 bpm</u>					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA <u>?</u>	BRONquite <u>?</u>	
SISTEMA DIGESTIVO <u>A jejum prolongado, disglucêmico</u>				SISTEMA URINÁRIO <u>IRC</u>			
ESTADO MENTAL <u>LOTE</u>				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 SANGUE 300 OUTROS 200 OUTROS 100					Chave Equipamentos Monitorização Aceno Vento Central	
TEMPERATURA T	Cº	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					SEQUÊNCIA
P. ARTERIAL V O PULSO	38	200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					1 Raqui 2 - Morfina 60mg 3 - Bupivacaína 4 - Bupivacaína 5 - parada 12mg 6 7 Efedrina 5mg/ml AC 8 9 Oudansetrona 40 10 Gi. case 50% - 5 11 amp ev 12 13 14 15
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS		DURAÇÃO					
TÉCNICAS			INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES			não houve				
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES							

MOD 76 - HUT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Jose Willami Mendes de Brito
RG nº 4049558, data de expedição 10/10/18
Órgão SSP. PI, portador do CPF nº 075.993.863.60
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Guiriqui, nº 3815,
complemento Três andares declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Rafael da Silva Feitosa, cujo o condutor era
Rafael da Silva Feitosa
Veículo: moto Modelo: honda 160 START Ano: 2016
Placa: PEL 4853 Chassi: 9CZKC2S00GR610122
Data do Acidente: 13/03/19

Local e Data: Teresina, 20 de maio de 2019

Jose Willami Mendes de Brito
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO
Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lacerda Reguiera, 1221 - Centro - CEP: 64002-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0136 - E-mail: themistocles@cartorio.pi.gov.br
Sistema: Autógrafa Computador de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE WILLAMI MENDES DE BRITO, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 20/05/2019. Selo: AAC50467-UJ7Y
Jessica Aline de Meneses Silva
www.tjpi.jus.br/portalexta.
JESSICA ALINE DE MENESES SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FNMP/PI: 0,16 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 428
DECL. DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

ARTURIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEI
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
JESSICA ALINE DE MENESES SILVA
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

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

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.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/BIBLIOTECASWEB/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 Rozal da Silva Fitor inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.001.273-93 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rozal da Silva Fitor inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.001.273-93, 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 Ninte e Quatro de Janeiro</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Terexina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(86) 994729591</u>

Hoje, 07 de 06 de 19
Local e Data

Kelly Maria de Oliveira
Assinatura do Declarante



enxustorial
Energia
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia: Sine B-1
Regime especial de ingresso aut. criada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
o SEU NÚMERO

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 019462879

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

DATA DE VENCIMENTO
MARÇO/2019

VENCIMENTO
29-03-2019

CONSUMO (KWH)
144

TOTAL A PAGAR (R\$)
135,78

ANTÔNIO DO VALE FEITOSA NETO
R. ONDA VERDE 6291 6291
CPF: 00094046514353
CEP: 64.057-123 - TERESINA

VALE QUEM TEM

ROT: 15.001.62.17.021400

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
KWH	12114	Atual:	22-03-2019
Anterior:	11970	Anterior:	20-02-2019
Constante de Multiplicação:	144	Próxima leitura:	23-04-2019
Consumo Medido:	144	Emissão:	21-03-2019
Consumo Faturado:	144	Apresentação:	22-03-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1336379		1.1.1.1	126

HISTÓRICO (KWH)		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	144 A R\$ 0,368147 = 125,01
FEV/19	148	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	10,77
JAN/19	102		
DEZ/18	113		
NOV/18	146		
OUT/18	144		
SET/18	118		
AGO/18	132		
JUL/18	124		
JUN/18	128		
MAI/18	132		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 144 - R\$ 6,623608

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 06-04-2019. O não pagamento por parte regular também é incluído no nome do consumidor na SCRAPA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO		2843_EE6B_DC08_C769_840C_DC93_CEE9_9F30		IMPOSTO/TRIBUTOS - R\$					
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$									
Distribuição:	25,93	Base de Cálculo:	125,01	97,51					
Energia:	50,08	Alíquota ICMS:	22,00%						
Transmissão:	8,47	Valor do ICMS:		27,50					
Encargos:	5,34	Valor do PIS:	1,41%	1,37					
Tributos:	35,19	Valor do COFINS:	6,49%	6,32					
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC		DMIC		DICI	
	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal		Mensal
Linha	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Realizado	0,00			0,00				0,00	
Curva									
Período de aplicação:							01/2019		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTENÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUN. 2019

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

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: 080.001.273-93 Nome completo da vítima: Rapael da Silva Feitor

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

Nome completo: Rapael da Silva Feitor CPF: 080.001.273-93

Profissão: estudante Endereço: Rua: Onda Verde Número: 6291 Complemento: _____

Bairro: Vale quem tem Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP: _____

E-mail: _____ Tel.(DDD): (86)994729591

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante em 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\$5.000,00 ☐ 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: 0004 019 CONTA: 94233 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0004 019 CONTA: 94233 0

(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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

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 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 der da, 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 pago.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina - Piauí 07.06.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rapael da Silva Feitor

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Kelly Maria de Oliveira

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUN. 2019

Assinatura da SEGURODORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

(*) 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.



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saida do PA	05 Chegada ao local
	06 Saida do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saida do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros			
	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Acidente de Transporte	2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☒ Assento para criança ☐
	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	26 - Iguais 27 - Radial 28 - 1 - Sim 2 - Não	27 - Igual 28 - 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	29 - 1 - Sim 2 - Não	29 - 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	30 - 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Assistência	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	35
	31 - 1 - Sim 2 - Não	32 - 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	33 - 1 - Sim 2 - Não	34 - 1 - Sim 2 - Não	35 - 1 - Sim 2 - Não
Hospital de Destino	36	37	38	39	40
	36 - 1 - Sim 2 - Não	37 - 1 - Sim 2 - Não	38 - 1 - Sim 2 - Não	39 - 1 - Sim 2 - Não	40 - 1 - Sim 2 - Não
Observações Interdisciplinar	Observações Interdisciplinar				
	Observações Interdisciplinar				
paciente motociclista vítima de queda de seu apresentando lesão contusa em perna esquerda região do joelho + calcâneo, com dor intensa + escoriação					
Responsável pela recepção		Socorrista Médico		Enfermeiro Condutor	



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

164 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001880/2019-18

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

Data/Hora: 21/05/2019 - 08:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. NICANOR BARRETO, Nº:

Complemento

Data/Hora

13/03/2019 - 12:40

Bairro

VALE QUEM TEM

528337

Ponto de Referência

FAETE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

RG: 3606609 PI

Mãe: ANTONIA CLAUDIA SOARES DA SILVA

Endereço: RUA ONDA VERDE, Nº 6291

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 160 START, PLACA PIL-4853-PI, COR VERMELHA, RENAVAL 1086359388, PROP. DE JOSE WILLAMI MENDES DE BRITO, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO FOI FECHADO POR UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, PROVOCANDO A COLISÃO DA MOTO COM UM OUTRO AUTOMÓVEL, TAMBÉM DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE ESTAVA PARADO REALIZANDO UM MANOBRA DE RETORNO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 505415). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Rafael da Silva Feitosa
RAFAEL DA SILVA FEITOSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: **RAFAEL DA SILVA FEITOSA**

Nº Sinistro: **3190371781**
RAFAEL DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: **13/03/2019**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190371781**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14536833



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 080.001.273-93 Nome completo da vítima: Rupaul da Silva Feitor

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

Nome completo: Rupaul da Silva Feitor CPF: 080.001.273-93
 Profissão: estudante Endereço: Rua: Onda Verde Número: 6291 Complemento: _____
 Bairro: Vale quem tem Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP: _____
 E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 994729591

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\$5.000,00 ☐ 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: 0004013 CONTA: 94255 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 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 de, da, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor pago.

Impressão digital da vítima ou beneficiário, não alfabetizado

Local e Data, Teresina - Piauí 07.06.19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rupaul da Silva Feitor

Assinatura do Procurador (se houver): Kelly Maria de Oliveira

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

TESTEMUNHAS
 1ª Nome: _____ CPF: _____
 2ª Nome: _____ CPF: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 10 JUN. 2019

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

(*) 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.

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU

DATA: 07/06/2019

HORA: 10:14:53

TERMINAL: 20041010

CONTROLE: 200410100097

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013.00094211-0

NOME: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

10 JUN. 2019

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

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190371781

Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 13/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL DA SILVA FEITOSA

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, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190371781

Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 13/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL DA SILVA FEITOSA

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 joelho 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: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000094211-0

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196064/19

Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

CPF: 080.001.273-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/03/2019

Titular do CPF: RAFAEL DA SILVA
FEITOSA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

RAFAEL DA SILVA FEITOSA : 080.001.273-93

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: 10/06/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196064/19

Número do Sinistro: 3190371781

Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

CPF: 080.001.273-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/03/2019

Titular do CPF: RAFAEL DA SILVA
FEITOSA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 05/07/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/07/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Rafael da Silva Feitoria
RG: 3.606.809 Órgão Emissor: SSP-PI
CPF: 080.003.273-93 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: Solteiro Profissão: estudante
Endereço: Rua Ocho Verde Nº 6291
Bairro: Vale quem tem Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-Piauí
Telefone: (86) 98807-4870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Rafael da Silva Feitoria
CPF: 080.003.273-93 Data do Acidente: 13/03/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina - Piauí 02/05/19
Local e data

Rafael da Silva Feitoria
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

10 JUN, 2019

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.002-471

ANÚRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEL
DIGITAL

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAFAEL DA SILVA FEITOSA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. O Selo: AAC20095-398J
www.tjpi.jus.br/postalexta.
JUDITE DE CASTRO CARDOSO-Escritoriente Autorizada
Eml:1.3, R. TJ:0.77 FPM/PI:0.10 Selo:0.26 Total:4.98 - OP:11
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escritoriente Comprovisada
Teresina - PI

PROVAÇÃO PARTICULAR

Nome: João da Silva Filho
CPF: 000.000.000-00
Data de Nascimento: 01/01/1980
Endereço: Rua da Liberdade, 123 - Centro - São Paulo - SP
Assinatura: João da Silva Filho
Data: 10/10/2023

Assinatura: João da Silva Filho
Data: 10/10/2023
Assinatura: João da Silva Filho
Data: 10/10/2023

Assinatura: João da Silva Filho
Data: 10/10/2023
Assinatura: João da Silva Filho
Data: 10/10/2023

Assinatura: João da Silva Filho
Data: 10/10/2023

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
CARTÓRIO

Assinatura: João da Silva Filho
Data: 10/10/2023



DEPARTAMENTO DE REGISTRO
CARTÓRIO

Assinatura: João da Silva Filho
Data: 10/10/2023

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
CARTÓRIO

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
CARTÓRIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190371781 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA **Data do acidente:** 13/03/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.
FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: INFORMO QUE A PÁGINA 14 NÃO PERTENCE A VÍTIMA DO ACIDENTE.

BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 5/7/8/14.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190371781 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA **Data do acidente:** 13/03/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.
FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: INFORMO QUE A PÁGINA 14 NÃO PERTENCE A VÍTIMA DO ACIDENTE.

BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 5/7/8/14.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190371781 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA **Data do acidente:** 13/03/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.
FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190371781 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA **Data do acidente:** 13/03/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.
FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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

DATA DE NASCIMENTO
18/12/1979

NATURALIDADE
BARÃO DE GRAJAU-MA

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 39751 X 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 JUN. 2019

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

Rafael da Silva Fritzer

CPF: 080.003.243-93

Sinistro: 3590/373781

Eu, Rafael da Silva Fritzer, venho através
desta carta para comunicar que recebi
R\$ 1.687,50 no dia 27.06.19, venho aqui
marcar que esse valor não paga minhas
sequelas pois quebrei a perna. Estou
impossibilitado para trabalho. Peço
que marquem minha pericia para que
eu possa ser melhor auxiliado.

Aguardando e Agradecendo.

* Rafael da Silva Fritzer





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo
Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA
Data do exame: 11/04/2019

Id Paciente: LA414569
Data do laudo: 15-04-2019

Raio X de Tornozelo Esquerdo

- Estrutura óssea íntegra.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dr. Alexandre Monteiro
Médico Radiologista
CRM-PI: 3678





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo
Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA
Data do exame: 11/04/2019

Id Paciente: LA414569
Data do laudo: 15-04-2019

Raio X de Joelho Esquerdo

Osteossíntese com parafusos e Fios metálicos na região dos côndilos femorais, bem como da patela, sem sinais de soltura de seus componentes.

Dr. Alexandre Monteiro

Dr. Alexandre Monteiro
Médico Radiologista
CRM-PI: 3678





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo
Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA
Data do exame: 24/04/2019

Id Paciente: LA414569
Data do laudo: 26-04-2019

Raio X de Joelho Esquerdo

- Material de osteossíntese nos côndilos femorais e na patela.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo
Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA
Data do exame: 11/04/2019

Id Paciente: LA414569
Data do laudo: 15-04-2019

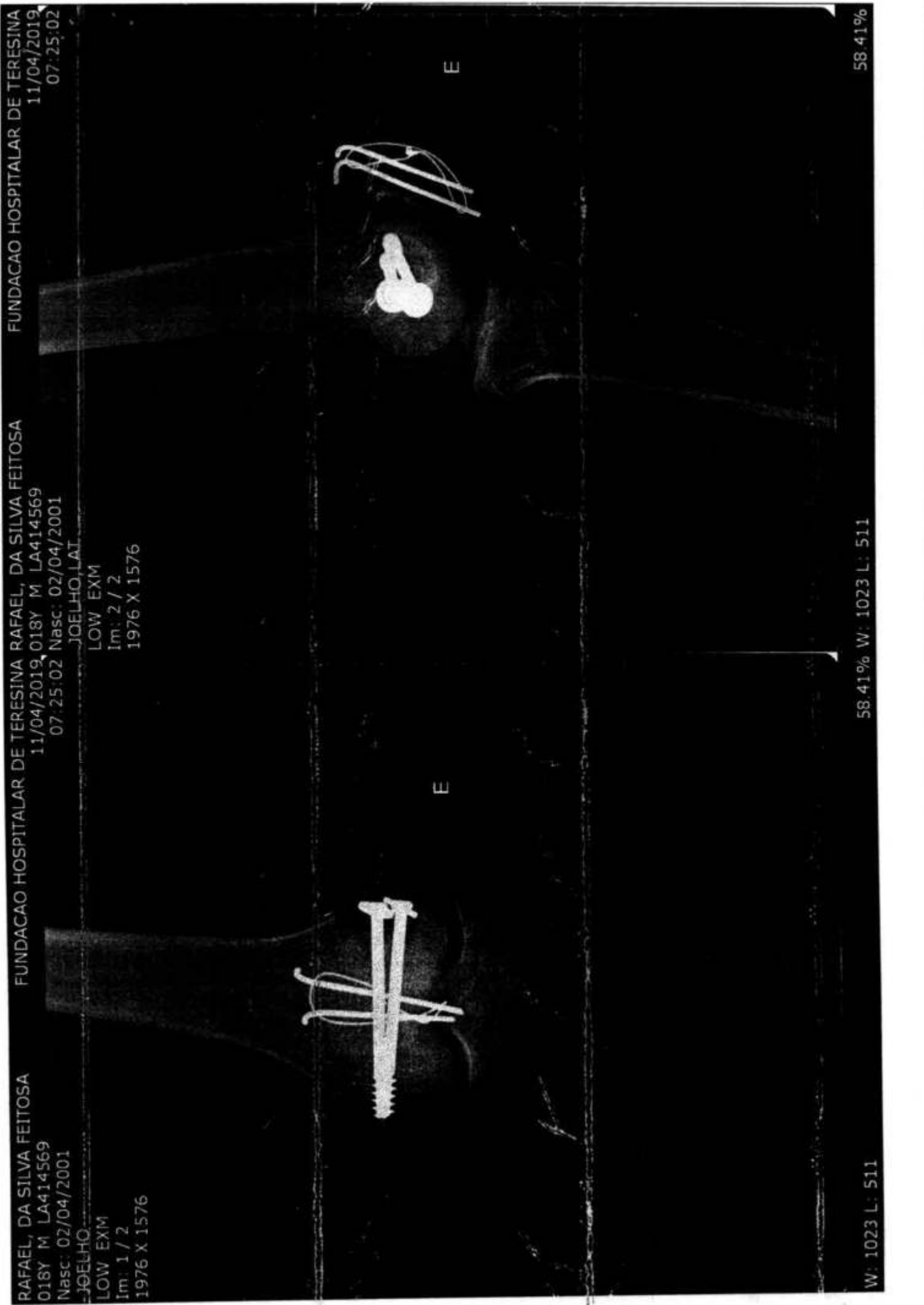
Raio X de Tornozelo Esquerdo

- Estrutura óssea íntegra.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

om

Dr. Alexandre Monteiro
Médico Radiologista
CRM-PI: 3678





RAFAEL, DA SILVA FEITOSA
018Y M LA414569
Nasc: 02/04/2001
JOELHO
LOW EXM
Im: 1 / 2
1976 X 1576

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
11/04/2019, 018Y M LA414569
07:25:02 Nasc: 02/04/2001
JOELHO, LAT
LOW EXM
Im: 2 / 2
1976 X 1576

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
11/04/2019, 07:25:02

E

E

W: 1023 L: 511

58.41% W: 1023 L: 511

58.41%

RAFAEL, DA SILVA FEITOSA
018Y M LA414569
Nasc: 02/04/2001
TORNÓZELO, FRN
LOW EXM
Im: 1 / 2
2370 X 1770

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
11/04/2019 018Y M LA414569
07:25:38 Nasc: 02/04/2001
TORNÓZELO, LAT...
LOW EXM
Im: 2 / 2
1770 X 2370

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
11/04/2019
07:25:38

W: 1023 L: 511

78.02% W: 1023 L: 511

58.27%

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: 27/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000094211-0

Nr. da Autenticação 1085C6824D9ECD86