

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 047. 497. 553-38 4 - Nome completo da vítima: CARLITO LIMA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: CARLITO LIMA OLIVEIRA 6 - CPF: 047. 497. 553-38
7 - Profissão: ROSSOCHIEIRO 8 - Endereço: RUA VILA LEÃO Q-08 9 - Número: 21 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ALTO DA CRUZ 12 - Cidade: FLORIANO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 89194168848

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0638 CONTA: 013.47387
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: 29 SET. 2019

Assinatura da testemunha GENTE SEGURADORA S.A.

39 - 2ª | Nome: CPF: Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Floriano-PE 23/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.002578/2019-03

Unidade de Registro: 2º DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: Nayliê Fonseca Pereira Rocha

Data/Hora: 18/09/2019 - 11:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

1º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

AVENIDA CALISTO LOBO, Nº:

Complemento

Data/Hora

03/02/2019 - 22:00

Bairro

TIBERAO

549528

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CARLITO LIMA OLIVEIRA

RG: 3086025 SSP/PI

Mãe: MARIA DA GUIA LIMA DE OLIVEIRA

Pai: PEDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA

Endereço: CONJUNTO VILA LEÃO, Nº Q-8 C-21

Bairro: VILA LEAO

Cidade: FLORIANO

Telefone(s): 89-9445-0685

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

INFORMA O DECLARANTE QUE DIA 03/02/2019 POR VOLTA DA 22:00 H QUADO SE ENCONTRAVA NA AVENIDA CALISTO LOBO NA ALTURA DO POSTO NOSSA SENHORA DA GUIA/TIBERÃO FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL TIBÉRIO NUNES ONDE FOI DIAGNOSTICADO FRATURA EXPOSTA DA TIBIA ESQUERDA PASSANDO POR CIRURGIA.

Nayliê Fonseca Pereira Rocha - Mat.

AGENTE DE POLÍCIA



Delegacia Geral de Polícia Civil
Município: FLORIANO

CARLITO LIMA OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 047. 497. 553-38 4 - Nome completo da vítima: CARLITO LIMA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: CARLITO LIMA OLIVEIRA 6 - CPF: 047. 497. 553-38
7 - Profissão: BOMBEIRO 8 - Endereço: Rua VILA LEÃO Q-08 9 - Número: 21 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Alto da Cruz 12 - Cidade: Floriano 13 - Estado: RS 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81194168848

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0638 CONTA: 03.47387
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou ☐ Sim

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

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Floriano-RS 23/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): CARLITO LIMA OLIVEIRA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Gerson Carlos do Santos

REGISTRO DE OCORRÊNCIA
FLORIANO-PI

USB



AMBULÂNCIA ACIONADA: USB
HORA:

DATA: 03/02/19

LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA Av. Palito Lado BAIRRO: CIDADE: Floriano
NOME DO PACIENTE: Carlito Gomes de Oliveira SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 31a

CONTROLE DO TEMPO		
SAÍDA DA BASE	CHEGADA AO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL
<u>22:16</u>	<u>22:23</u>	
CHEGADA AO HOSPITAL	SAÍDA DO HOSPITAL	RETORNO À BASE

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:			
ACIDENTE DE TRANSITO/ Nº DE VÍTIMAS	CHOQUE ELÉTRICO	ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO	FAF
AGRESSÃO FÍSICA	MAL SÚBITO	INTOXICAÇÃO EXÓGENA	OUTROS:
URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	URGÊNCIA OBSTÉTRICA	U.CLÍNICA-PEDIÁTRICA	JÁ REMOVIDO
ENENAMENTO	QUEIMADURA	U.CLÍNICA -ADULTA	FALSO CHAMADO
AFOGAMENTO	QUEDA	FAB	ÓBITO

AVALIAÇÃO GERAL					
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	SANGRAMENTO	PUPILAS	PULSO RADIAL	FALA	RESPOSTA MOTORA
ALERTA	AUSENTE	ISOCÓRICAS	NORMOSFIGMICO	NORMAL	NORMAL
RESPONDE AO COMANDO	MÍNIMO	ANISOCÓRICAS	TAQUISFIGMICO	CONFUSA	CONTRAÇÕES INVOLUNTÁRIAS
RESPONDE À DOR	MODERADO	MIDRIASE	BRADISFIGMICO	NENHUMA	NENHUMA
SEM RESPOSTA	INTENSO	MIOSE	AUSENTE		

PARÂMETROS VITAIS	HORA:	HORA:
PULSO (BPM)	<u>105</u>	
RESPIRAÇÃO (IPM)		
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120 x 80 mmHg</u>	
SATURACÃO DE O2 (%)	<u>97</u>	
TEMPERATURA (°C)		
PULSO CAPILAR		

OBSERVAÇÕES: Atrampelamento, pct consciente, sem suspeita de trauma em MLE e controle em superfícies negativas do abdome.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
HEMOSTASIA	IMOBILIZAÇÃO DE CERVICAL	IMOBILIZAÇÃO DE MEMBRO
ADM DE OXIGÊNIO	ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	RETIRADA RÁPIDA COM KED
ACESSO VENOSO SOL:	DEFIBRILAÇÃO VENTRICULAR	ADM DE GLICOSE
RCP	ASPIRAÇÃO	% / AMP:

CONDIÇÃO DE ENTRADA NO HOSPITAL:
MELHOROU ☐ PIOROU ☐ INALTERADO ☐
MOTIVO:
ANTES DO SOCORRO ☐ DURANTE O SOCORRO ☐
DURANTE O TRANSPORTE ☐
PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO

HOSPITAL DE DESTINO: ☐ HRTN ☐ OUTRO
CIDADE: Floriano

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

SOLICITADO: ☐ NÃO NECESSITOU ☐ POLÍCIA ☐ BOMBEIROS ☐ USA ☐ OUTRO

Atouk Ar.

Dr.



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0613960 Registro: 187560
Data: 03/02/2019 Hora: 23:15:00
Funcionario: SAMARITANA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
Senha 168 SUS

CARLITO LIMA DE OLIVEIRA

sc.: 06/12/1987 Idade: 31 ANOS, 1 MÊS, 28 DIAS Profissão: BORRACHEIRO Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000
d.: VILA LEAO, 21 - QUADRA 8 Bairro: ALTO DA CRUZ Cidade: FLORIANO/PI
r: PARDA Telefone: (89) 9944-21306 Mãe: MARIA DAGUIA LIMA DE OLIVEIRA Pai: PEDRO GONCALVES DE OLIVEIRA

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES
Responsável: CARLITO LIMA DE OLIVEIRA - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

03/02/2019 23:15 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO COM SUSPEITA DE FRATURA (conjugado Fratura
Exame clínico/físico: Externa da tíbia esquerda. Alveolares
Diagnóstico provável: Haverá duramente estéril
AR/BU/ABDOM: Sem alterações
@: Alto da Cirurgia Const
Medicação: AO NEUROcirurgias e AO ortopedistas

24h: 30, segundo telefonete na via central Dr. Gerson Pereira dos Santos
disponível p/ transporte pct para realizar Cl. Gerson Pereira dos Santos
Procedimentos/exames realizados: TC de crânio Frank James Alves da Silva
ENFERMEIRO CRM - PI - 3422 Ass. Técnico
COREN-PI 381329

24: 15, segundo coordenador de transporte nos
seus com transporte pct para realizar TC
por a via central e encaminhado

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
09/2019
maria clara

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
25 SET. 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465
Centro - Norte CEP: 64.000-000

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: 02/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLITO LIMA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00638

CONTA: 000000047387-2

Nr. da Autenticação 74DE89F4D5B02379

Nº da Nota Fiscal: 26289180

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019 30/08/2019 150 105,96

MARIA DA GUYA LIMA DE OLIVEIRA
CJ VILA LEAO 21 Q-08 C-21 - ALTO DA CRUZ
CPF: 00042891060300
CEP: 64.804-020 - FLORIANO

ROT: 200.800.17.05.020700

DADOS DA LEITURA
Atual: 6839
Anterior: 6689
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo Medido: 150
Consumo Faturado: 150
Forma de Faturamento: NORMAL
Código de Irregularidade: FCAM*
Dias de Consumo: 30
Data da Leitura: 23/08/2019
Anterior: 24/07/2019
Próxima Leitura: 23/09/2019
Emissão: 21/08/2019
Apresentação: 23/08/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classe/Subclasse: RESID. BX. RENDA MONO
Ligação: A1670048
Posto: 1.6.1.1
Média 12 meses: 152

HISTÓRICO kWh
Mês/ano consumo
JUL/19 135
JUN/19 148
MAI/19 143
ABR/19 145
MAR/19 149
FEV/19 138
JAN/19 133
DEZ/18 140
NOV/18 186
OUT/18 181
CONSUMO 30 A R\$ 0,303206 = 9,09
70 A R\$ 0,519779 = 36,38
50 A R\$ 0,779654 = 38,98
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 5,60
DIFERENÇA DE TARIFA 45,49
SUBVENCAO BAIXA RENDA 32,69
CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 0,38
MULTA POR ATRASO 06/19-00 1,84
JUROS POR ATRASO 06/19-00 0,89
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,32
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 2,86

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ 07/2019 86,38
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/09/2019, o não pagamento por 30 dias consecutivos resultará na inclusão do nome do consumidor na SERASA. 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 A037.EC33.42CC.57CD.DF7E.D706.400F.A8F8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$
Distribuição: 27,32
Energia: 52,77
Transmissão: 8,92
Encargos: 4,36
Tributos: 36,57
Base de Cálculo: 129,94
Alíquota ICMS: 22,00%
Valor do ICMS: 28,58
Valor do PIS: 1,42
Valor do COFINS: 6,49

INDICADORES DE CONTINUIDADE
DUC
Mensal Trimestral Anual
6,03 12,06 24,12
Ratificado 0,00
FIC
Mensal Trimestral Anual
3,49 6,98 13,95
DUCI
Mensal Mensal
3,54 0,00
Período de suspensão: 06/2019
EUSD: 31,28

ROT: 200.800.17.05.020700

SEU CÓDIGO 0733634-9

TOTAL A PAGAR - R\$ 105,96



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
2 5 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Matrícula 371479-9		Hidrometro A07N258599		Referência 5ET/2019																																	
Nome/Razão Social/Endereço EROMAR ALVES DOS SANTOS AVE SEN PETRONIO PORTELA MUNES, 759 CAMPO VELHO FLOPIANO 64508485 AG= 78																																					
Situação 3/1	Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição 41 2 07 0509 0017-000																																	
Período de Cobrança 20/08/2019		Período de Consumo 19/09/2019		Consumo 30																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Histórico de Consumo</th> <th>Consumo</th> <th>Ocorr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>03/19</td><td>2214</td><td>20</td><td>0</td></tr> <tr><td>04/19</td><td>2232</td><td>18</td><td>0</td></tr> <tr><td>05/19</td><td>2252</td><td>20</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/19</td><td>2269</td><td>17</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/19</td><td>2286</td><td>17</td><td>0</td></tr> <tr><td>08/19</td><td>2305</td><td>19</td><td>0</td></tr> <tr><td>09/19</td><td>2324</td><td>19</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>			Mês/Ano	Histórico de Consumo	Consumo	Ocorr.	03/19	2214	20	0	04/19	2232	18	0	05/19	2252	20	0	06/19	2269	17	0	07/19	2286	17	0	08/19	2305	19	0	09/19	2324	19	0	Forma de Faturamento FATURADO P/ CONSUMO NORMAL. Cód. Responsável 904220532 Código de Tarifa 01 Consumo Médio 18 Consumo Real Água 19 Consumo Real Esgoto 19		
Mês/Ano	Histórico de Consumo	Consumo	Ocorr.																																		
03/19	2214	20	0																																		
04/19	2232	18	0																																		
05/19	2252	20	0																																		
06/19	2269	17	0																																		
07/19	2286	17	0																																		
08/19	2305	19	0																																		
09/19	2324	19	0																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cód.</th> <th>Nome do Serviço</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AGUA</td><td></td><td>84,02</td></tr> <tr><td>MULTA IMPONTUALIDADE 001/001</td><td></td><td>1,54</td></tr> <tr><td>JUROS DE MORA 001/001</td><td></td><td>2,37</td></tr> <tr><td>MANUTENCAO HIDROMETRO</td><td></td><td>2,35</td></tr> </tbody> </table>						Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)	AGUA		84,02	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001		1,54	JUROS DE MORA 001/001		2,37	MANUTENCAO HIDROMETRO		2,35																	
Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)																																			
AGUA		84,02																																			
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001		1,54																																			
JUROS DE MORA 001/001		2,37																																			
MANUTENCAO HIDROMETRO		2,35																																			

VALOR A PAGAR (R\$)

26/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

90,28

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$ 90,28
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor
Valor Máximo Permitido	L/s	15	L/s	15	L/s	15	L/s	15
Nº Mínimo de Amostras Exigidas			Nº Amostras Realizadas			Nº Amostras que Atende Legislação		
Valor Médio		2.10		1.00	7.00		0.00	0.00

Conclusão PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

Mensagens
A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL.

Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.
------------------	--

Inscrição
41 2 07 0509 0017-000

AG= 78

Matrícula
371479-9

Referência
5ET/2019

VENCIMENTO

26/09/2019

90,28

TOTAL A PAGAR (R\$)

82690000000-9 90280001820-9 37147990920-7 15000000001-7



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

25 SET. 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 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

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 SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Erionar Alves dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.353.673 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carlito Lima Oliveira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.497.553-38

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Carlito Lima Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.497.553 / 38, 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:	Número:	Complemento:
<u>Av. Pernambuco</u>	<u>759</u>	<u>Casa</u>
Bairro:	Estado:	CEP:
<u>Campos Velhos</u>	<u>Pernambuco</u>	<u>64808-485</u>
E-mail:	Tel.(DDD):	
<u>piliaseguros20@hotmail.com</u>	<u>89 99416 8848</u>	

Local e Data: Florianópolis - 19 de Setembro 2019

x Erionar Alves dos Santos
Assinatura do Declarante



REGISTRO DE OCORRÊNCIA
FLORIANO-PI

USB



AMBULÂNCIA ACIONADA: USB
HORA:

DATA: 03/02/19

LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA Av. Celso Lobo BAIRRO: CIDADE: Floriano
NOME DO PACIENTE: Antônio Gomes de Oliveira SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 31a

CONTROLE DO TEMPO		
SAÍDA DA BASE	CHEGADA AO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL
<u>22:16</u>	<u>22:23</u>	
CHEGADA AO HOSPITAL	SAÍDA DO HOSPITAL	RETORNO À BASE

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:			
ACIDENTE DE TRÁFICO/ Nº DE VÍTIMAS	CHOQUE ELÉTRICO	ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO	FAF
AGRESSÃO FÍSICA	MAL SÚBITO	INTOXICAÇÃO EXÓGENA	OUTROS:
URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	URGÊNCIA OBSTÉTRICA	U.CLÍNICA-PEDIÁTRICA	JÁ REMOVIDO
ENENAMENTO	QUEIMADURA	U.CLÍNICA-ADULTA	FALSO CHAMADO
AFOGAMENTO	QUEDA	FAB	ÓBITO

AVALIAÇÃO GERAL					
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	SANGRAMENTO	PUPILAS	PULSO RADIAL	FALA	RESPOSTA MOTORA
ALERTA	AUSENTE	ISOCÓRICAS	NORMOSFIGMICO	NORMAL	NORMAL
RESPONDE AO COMANDO	MÍNIMO	ANISOCÓRICAS	TAQUISFIGMICO	CONFUSA	CONTRAÇÕES INVOLUNTÁRIAS
RESPONDE À DOR	MODERADO	MIDRIASE	BRADISFIGMICO	NENHUMA	NENHUMA
EM RESPOSTA	INTENSO	MIOSE	AUSENTE		

INAIS VITAIS	HORA:	HORA:
PULSO (BPM)	<u>105</u>	
ESPIRAÇÃO (IPM)		
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120 X 80 mmHg</u>	
SATURACÃO DE O ₂ (%)	<u>97</u>	
TEMPERATURA (°C)		
PULSO CAPILAR		

OBSERVAÇÕES: Atropelamento, pct consciente, sem suspeita de trauma em MLE e com em imperfeita sugestão de subm.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
HEMOSTASIA	IMOBILIZAÇÃO DE CERVICAL	IMOBILIZAÇÃO DE MEMBRO
ADM DE OXIGÊNIO	ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	RETIRADA RÁPIDA COM KED
ACESSO VENOSO SOL:	DESFIBRILAÇÃO VENTRICULAR	ADM DE GLICOSE % / AMP:
RCP	ASPIRAÇÃO	

CONDIÇÃO DE ENTRADA NO HOSPITAL:
MELHOROU ☐ PIOROU ☐ INALTERADO ☐
OBJETO:
ANTES DO SOCORRO ☐ DURANTE O SOCORRO ☐
DURANTE O TRANSPORTE ☐
PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO

HOSPITAL DE DESTINO: ☐ HRTN ☐ OUTRO

CIDADE: Floriano

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

SOLICITADO: ☐ NÃO NECESSITOU ☐ POLÍCIA ☐ BOMBEIROS ☐ USA ☐ OUTRO

Atouk Ar.

On

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0613960
Data: 03/02/2019
Funcionario: SAMARITANA

Registro: 187560
Hora: 23:15:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 168**SUS****CARLITO LIMA DE OLIVEIRA**

CPF: - RG: 260509 - SUS: 700008211992803
Idade: 31 ANOS, 1 MÊS, 28 DIAS Profissão: BORRACHEIRO Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000
Data de nascimento: 06/12/1987
Endereço: VILA LEAO, 21 - QUADRA 8 Bairro: ALTO DA CRUZ Cidade: FLORIANO/PI
Cor: PARDA Telefone: (89) 9944-21306 Mãe: MARIA DAGUIA LIMA DE OLIVEIRA Pai: PEDRO GONCALVES DE OLIVEIRA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsavel: CARLITO LIMA DE OLIVEIRA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

03/02/2019 23:15 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO COM SUSPEITA DE FRATURA (conjugado Fratura

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

24h: 30, segundo telefonete na via saud. Dr. Gerson dos Santos
disponível p/ transporte p/ct para realizar Ultrasonografia
Procedimentos/exames realizados: TC de Címb. Frank James Alves da Silva
Enfermeiro CRM - PI - 3422 Ass. Técnico
COREN-PI 381329

23:15, segundo coordenador de transporte nos
bens com transportador p/ct para realizar TC
por a vítima encontra-se danificada

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
CONF. ORIGINAL
09/2019
maria da lua

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
25 SET. 2019

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465
Centro - Norte CEP: 64.000-000

Florianópolis, 03/02/2019

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE - SESAPI
REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Hospital Regional "Tibério Nunes"

Nome Carlito Lima de Oliveira
DN / / Sexo M Plano Saúde?
Endereço
Bairro Lameiro II Município FLO.
Data 03 / 02 / 2019 Hora 22:44 Ass. Func. Rosângela

Queixa Principal:

Acidente de moto com suspeita de
Exame Clínico: cetose e trauma

Exame Complementares:

Ocelfilina 1g

Diagnóstico Provável

6164

Medicação Prescrita/Procedimento Realizados:

Atenção

Alta ☐

Internação ☐

Encaminhado: Mark R

Data: 03/02/2019

Ass.

Assinatura Paciente / Responsável

Assinatura / Carimbo Médico

Carlito Lima de Oliveira

Gabriela Gráfica (89) 3521-4207

mt: m. lima de oliveira

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
ENP: 05.07.2010/103-62
CONFIRME COM O ORIGINAL
DATA 18 / 09 / 2019
MOTIV: plana

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



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146

4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
CARLITO LIMA DE OLIVEIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700008211992803

10 - NOME DA MÃE
MARIA DAGUIA LIMA DE OLIVEIRA

12 - ENDEREÇO
VILA LEAO, 21 - ALTO DA CRUZ

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FLORIANO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO
187560

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9944-21306

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
2203909

15 - UF
PI

16 - CEP
64800000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Lesões visíveis na articulação
metacarpometarsiana, agudizadas
depois de queda recente*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Doença crônica

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Doença crônica

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesão de fratura

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF 5537588300

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
JOAO SOARES JUNIOR

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
30/02/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)
Dr. Conegiani P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 TEOT 7343

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE

40 - CNAE EMPRESA 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR
M220390901

45 - Cód. DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRV. AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.
75 SET. 7/19
GÊNE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Atendimento	1070720
Data:	04/02/2019
Hora:	8:23

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0
FLORIANO/PI

Nº A
ALMEI

BOLETIM DE ADMISSÃO

187560 - CARLITO LIMA DE OLIVEIRA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 06/12/1987 - 31 ANOS, 1 MÊS, 29 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: E01- EXTRAS Leito: EX39 Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO Médico: 2433 - JOAO SOARES JUNIOR

CPF: RG: 260509 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: VILA LEAO, Nº 21 - CEP: 64800000 Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: 2203909- FLORIANO/PI Profissão: BORRACHEIRO Telefone: () -

Pai: PEDRO GONCALVES DE OLIVEIRA Mãe: MARIA DAGUIA LIMA DE OLIVEIRA

Responsavel: CARLITO LIMA DE OLIVEIRA - () -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Área de Acompanhante:

☒ Sim ☐ Não

Rosana da Mota Lopes
Rosana da Mota Lopes
Assistente Social
CRESS Nº 1343/ 22ª REG.

Resultado

Adm.: _/ _/ _

Alta: _/ _/ _

☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ Piorado

☐ Removido
☐ Pedido
☐ Evasão
☐ Indisciplina

☐ -48 Horas
☐ +48 Horas
☐ Obito

Transferido

História Clínica

*Primeira visita de avaliação
médica após acidente
com lesão de fratura*

Diagnóstico Provável

Fratura de tíbia e fêmur

Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 TE05 7343

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 20/05/2019
ANEXO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
JOAO SOARES JUNIOR
25 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

**Resumo de Alta / Transferência****1070720 -CARLITO LIMA DE OLIVEIRA**

Data: 04/02/2019 Leito: EX39

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

Diagnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos

1- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____/____/____

2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos / Exames Invasivos

1- _____ Data: ____/____/____

2- _____ Data: ____/____/____

3- _____ Data: ____/____/____

Condições de Alta / Transferência☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ ÓbitoDestino: ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para: _____

Observação: _____

Data: ____/____/____





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Carlite Lima de Oliveira Reg. Same 187560
Cirurgia: Fratura exposta do fêmur E" Sala: Ortopédica
Cirurgião: Dr. Lameirinhas Auxiliar: _____
Instrumentador: Lindoval Circulante: Régia e Nayara
Data: 04 / 02 / 2018 Início: 09:00 Término: _____ Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	UNID.	SUBTOTAL
01	ADRENALINA	<u>Supradora</u>	<u>03 amp</u>		
02	ALBUMINA HUMANA	<u>Merfina</u>	<u>01 amp</u>		
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g	<u>Refazina</u>	<u>02 frascos</u>		
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		<u>08 frascos</u>		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FARMACIA - PIAUÍ
CONFERÊNCIA ORIGINAL
DATA 20/02/2018
Nº 2018/0217

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 SET. 2019

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

MATERIAL DE SALA

01	ALCOOL - 200 ml
02	AGULHA DESCARTÁVEL - 03 unidades
03	ALGODÃO
04	ABOCATTE
05	CATIGUTE SIMPLES C/AGULHA
06	CATIGUTE SIMPLES S/AGULHA
07	CO2
08	CREPON - 04 unidades
09	COTONETES
10	DRENO PENROSE
11	DRENO T
12	EQUIPO PARA SORO - 01 unidade
13	EQUIPO MICRO GOTAS
14	EQUIPO PARA TRANSFUSÃO
15	ESPARADRAPO 10cm
16	GASES - 07 pacotes
17	GESSO
18	KIT TORACICO
19	LUVA ESTÉRIL - 06 pares
20	LUVA DE PROCEDIMENTOS - 06 pares
21	LAMINA DE BISTURI Nº 15
22	LAMINA DE BISTURI Nº 24 - 02 unidades
23	LENTE INTRAOCULAR
24	MASCARAS 06 unidades
25	OXIGENIO
26	POVIDINI TÓPICO
27	POVIDINI DEGERMANTE 100ml
28	POLIFIX
29	SERINGA DESCARTAVEL 1mm
30	SERINGA DESCARTAVEL 3mm
31	SERINGA DESCARTAVEL 5mm - 01 unidade
32	SERINGA DESCARTAVEL 10mm - 01 unidade
33	SERINGA DESCARTAVEL 20mm
34	SERINGA DE INSULINA
35	SONDA FOLEY Nº
36	SONDA NASAL PARA OXIGENIOTERAPIA
37	SONDA NASOGASTRICA Nº
38	SONDA RETAL Nº
39	ESCALP Nº
40	SURIGICAL
41	GELCIO
42	USO DE ASPIRADOR DE SECREÇÃO SIM () NAO (X)
43	USO DE BISTURI ELETRICO SIM () NAO (X)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
[CONTEUDO NÃO VERIFICADO]
25 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24024-70

RECURSOS TERAPEUTICOS

01	SANGUE
02	PLASMA
03	
FIO	
01	CROMADO COM AGULHA Nº
02	CROMADO S/ AGULHA
03	FIO DE ALGODÃO
04	FIO DE SEDA
05	KIT OFTALMOLOGICO
06	LIG CLIPS
07	MONONYLON Nº 2.0, 03 unidades
08	PROLENE Nº
09	AGULHA PARA RAQUI - 01 unidade
10	VICRYL 0
11	VICRYL 8
12	CERA PI/ OSSO
13	FITA CARDIACA
GENTE - 06 unidades	
PFA - 06 pares	

RESUMO DO FATURAMENTO

01	TOTAL DE MEDICAMENTO DE SALA
02	TOTAL DE MATERIAL DE SALA
03	TOTAL DE RECURSOS TERAPEUTICOS



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax: 3221-0318 CEP: 64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

0048

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME

Nº AIH

Nº PRONTUÁRIO

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME

CRM Nº

CPF Nº

DATA INTERNAÇÃO

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

MATERIAL UTILIZADO

CÓDIGO OPM
(Tabela SUS)

QUANT.

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL
(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)

02	22	Primer de fixação externa de 300
01	01	Primer de fixação externa de 200 - 8 mm
06	06	Chave simples
04	04	Chave simples
06	06	Primer de fixação

DADOS DO FORNECEDOR

EMPRESA:

CNPJ Nº

ENDEREÇO:

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM

EM

Médico Responsável
(Assinatura e carimbo)

Responsável pela autorização
(Assinatura e carimbo)

HOSPITAL REGIONAL TIBÉLIO MOURA
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 22/05/2019
ASSIN.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 SET. 2019

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

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor, 3ª via - Processo

Carlieto Lima de Oliveira

06.12.87

106

Aronto-Socoro

04.01.19

X

08:00

37°

98

16

04/01/19

106

X

04.01.19

SNE () Prontos (especificar)

X) Sim () Não

X

X

X

Prontos (especificar) () Sim () Não

X

X

X

Prontos (especificar) () Sim () Não

X

X

X

Comunicação por e-plano

X

X

NÃO

X

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-470

assinatura e carimbo

ENFERMEIRO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente Carlito Lima de Oliveira D.N. 06/12/1977
 Data: 04/02/10 Admissão às 10:30 Prontuário 187560
 Alergia não Procedimento realizado Fratura exposta de tíbia e

DADOS REFERENTES À ANESTESIA

ANESTESIA: () Geral; (X) Raqui; () Peridural; () Sedação; () Local; () Bloqueio- Tipo: _____
 ANESTESIOLOGISTA: Dr. Capi CIRURGIÃO: Dr. Camargo
 CONTROLES (HORÁRIO DE INÍCIO: _____)

	15' 10:30	15' 10:45	15'	15'	30'	30'	30'	30'
Pulso	135 x 78	136 x 73	119 x 67					
FC	89 bpm	89	88					
SpO ₂	98%	96%	97					
HGT								
Dor(0-10)								
Ass.Func.	Carolina	Carolina	Carolina					

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
Atividade motora sob o comando	Capaz de mover os 4 membros	2					Ao 10:30 pt admitido no SRPA em dor de fratura exposta de tíbia e fêmur de raqui anestésico, não alergia medicamentosa, conduta mantida SSV/PA 135x 78 mmHg 89 bpm SpO ₂ 98%. T.E. Carolina Oliveira
	Capaz de mover 2 membros	1	1	1			
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2	2	2			
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	2	2	2			
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	2	2			
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Saturação de Oxigênio	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	2			DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 SET. 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470
	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
TOTAL			9	9			
ALTA às _____:							

Ass. Médico: _____

CRM - PI 4920



Requisição de Parecer

Nome	Carlos Lopes de Almeida		Leito
Médico Consultante	[Assinatura]		N. Do Prontuário
Médico Especialista	Nelson da Silva		

Motivo da consulta (Indicar as Dúvidas e Enumerar os principais Sintomas do Enfermo)

Pneumonia Politransfusional
Tizalo + cefalosporina

03/02/17

Data

[Assinatura]

Ass. do Médico Consultante

PARECER

NUR

Politransfusional com cefalosporina

TC usado: 4 litros de soro

em: Alta da NUR

04/02/17

[Assinatura]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 SET. 2019

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

power da NCT

9

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
25 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

[illegible]

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

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
OME <u>Carlos Luis de Oliveira</u> PRESCRIÇÃO MÉDICA ATA <u>05/02/19</u> <u>#1º DRO de 5x</u>			
DIETA LIVRE		OBSERVAÇÕES	
JELCO HIDROLISADO		a/s 9:00 realizado eu-	
RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		ativo, paciente calmo	
CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		sem queixas algias no	
DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		momento.	
TYLAPIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (supremo)		a/s 12:00 verificada	
TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N) /		PA=140/90, PA=140/90	
CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA (supremo)		A/s 21h - p ^{te} ausência consuetude	
PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)		no momento nega queixas	
CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg		algias abdominais, suprimir. Após	
CURATIVO		PA - 150x90 mmHg. Teó G-7	
SSVV + CCGG		Jubanna corren 250149 - x	
Condicionário SSV - 230mg 100ml			
de 100% a 1x/dia			
Dr. Carlos Antônio Mendes Ortopedia e Traumatologia CRM: 3918 / EOD: 73185			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
25 SET. 2019
GENTE SEGURO S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
MEC	19	05	
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO MEDICAÇÃO			OBSERVAÇÕES
DIETA LIVRE			em Repouso no litto. Realiz
JELCO HIDROLISADO			Zero o curativo com
RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			S.F. e elevad. na em
CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			ML PA = 160X101
DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			mmHg. Tec. Amfaco - 1
FILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			11
TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)			As 22.00 horas apurdo
GLEXANE 40MG - 01 AMP-SC 1X/DIA			PA = 150X90/114hg
PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			Ass. Joana Maria Oliveira da Fonseca
CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg			Coren-PI nº 1238696-1E
CURATIVO			
SSV + CCGG			
Cephalosporins 800 - 03 mg +			
1000 SF 0,9% / 1000 mg			
Ceftriaxona 1g - 03 mg +			
1000 SF 0,9% / 1000 mg			

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CORTEJO NÃO VERIFICADO
25 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
ME <u>Candido Ceres</u> A <u>07/08/19</u> PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DIETA LIVRE		OBSERVAÇÕES	
JELCO HIDROLISADO		Os 900h, Per 300 fx. Exp.	
RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		Tibio (E), deambulando	
CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		sem sequelas, estado bom	
DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		dinamicamente. Dece. 100%, color.,	
HEPARINA 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		força. Aquecimento. Mantém	
TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)		AVP, MSD: N. 22, 00402.19	
HEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA		Oceito disto. Olinomaco. (+)	
LASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)		e espontâneas. Sono e repouso	
APTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg		satisfatório sem queixas	
DIURATICO		alergia no momento. Fco	
3SVV + CCGG		85 bpm. 502 = 98/110	
18/08/19		Neurológica Rodrigues Santos	
		Enfermeira	
		COREN-PI: 414.290	
18/08/19		Ar 15:00 h. vigília	
		PA = 150x70 mmHg	
		18/08/19	
		22/08/19	
		Téc. Ales	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
25 SET. 2019
AGÊNCIA SEGURODORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

Dr. Conegundes P. Filho
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM: 2512 / RCO: 7348

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.



R. Magalhães Filho, Nº 175
Bairro: Centro
Teresina - PI
CEP: 64000-128
FONE: (86) 3221-0318

DANFE

Documento auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída

1

Nº 000.028.630

SÉRIE: 1

FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

2219 0311 6641 1800 0130 5500 1000 0286 3010 0000 0013

Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no
site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

322190003752558 - 2019-03-15T17:26:37-03

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

194729990

INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.

CNPJ

11.664.118/0001-30

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES - FLORIANO

CNPJ/CPF

06.553.564/0103-62

DATA DA EMISSÃO

15/03/2019

ENDEREÇO

RUA: GABRIEL FERREIRA, S/N

BAIRRO/DISTRITO

MANGUINHA

CEP

64800-000

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

15/03/2019

MUNICÍPIO

Flori

FONE/FAX

(89) 3522-1323

UF

PI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

17:27:29

FAVOR DUPLICATA

Número	Data Vcto	Valor
001	14/04/2019	913,16

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00		0,00	0,00		913,16
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VAL. APROX. TRIB.	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	913,16

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ/CPF	
NOSSO CARRO		0 - Rem.									
ENDEREÇO				MUNICÍPIO				UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
R. MAGALHAES FILHO, 175				TERESINA				PI		ISENTO	
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO (Kg)		PESO LÍQUIDO (Kg)	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL. ICMS	VAL. IPI	% ICMS	% IPI	V. APT. TRIB.
003657	0702030092 - FIXADOR EXTERNO HÍBRIDO (Ref: AF35 8 680 Qtd.: 6 Lote: 094467) (Ref: 007.005.300 Qtd.: 1 Lote: 007005300.18/0003) (Ref: 007.005.300 Qtd.: 1 Lote: 007005300.18/0003) (Ref: 306.036 Qtd.: 3 Lote: 007206036.18/2017) (Ref: 306.036 Qtd.: 1 Lote: 007206036.18/2017) (Ref: 119.406 Qtd.: 8 Lote: 007199406.18/0009) (Ref: 007.003.300 Qtd.: 2 Lote: 007003300.18/0007)	90211020	040	5102	UN	1,0000	913,1600	913,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE Cópia ORIGINAL
DATA 20/03/2019
ASSIN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO PIAUÍ

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




Assinatura do Titular
Carlito Lima Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.086.025 DATA DE EMISSÃO 26/05/09

NOME CARLITO LIMA OLIVEIRA

FILIAÇÃO MARIA DA GUIA LIMA DE OLIVEIRA
PEDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE FLORIANO-PI DATA DE NASCIMENTO 06/12/1987

DOC. ORDEM CERT. NASC. 21069 L A124 F 421
EXP. FLORIANO-PI 07/12/87

TRABALHO 047.497.553-38

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 80.250/83

CORREIOS

Cartão de identificação para uso exclusivo dos correios. Não é permitido a reprodução ou o uso não autorizado.

047.497.553-38

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome 047.497.553-38

Carlito Lima Oliveira

Nascimento 06/12/1987



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

SEU DADO NÃO VERIFICADO

25 SET. 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PI

NOME
EROMAN ALVES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR)
1753725 SSP PI

CPF
630.353.673-53

DATA NASCIMENTO
23/10/1978

FEIÇÃO
SEVERO ALVES DOS SANTOS
MARIA ELIETE DE SOUSA SANTOS

PERMISSÃO
ACC
CATEGORIA
AD

Nº REGISTRO
02733797132

VALIDADE
31/05/2024

PMHABILITAÇÃO
09/11/2002

OBSERVAÇÕES
EAR
CETPP

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FLORIANO, PI

DATA DE EMISSÃO
06/08/2019

45463000591
91320787023

PIAUI

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1919803225

PROIBIDO PLASTIFICAR
1919803225

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331590/19

Data do acidente: 03/02/2019

• Vítima: CARLITO LIMA OLIVEIRA

CPF: 047.497.553-38

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLITO LIMA OLIVEIRA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS : 630.353.673-53

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

CARLITO LIMA OLIVEIRA : 047.497.553-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/09/2019
Nome: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 630.353.673-53

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190550394

Cidade: Floriano

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CARLITO LIMA OLIVEIRA

Data do acidente: 03/02/2019

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (P2,7,9,20)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Carlito Lima Oliveira, brasileiro (a)
estado civil: SOLTEIRO, profissão: BOLECHEIRO, carteira de Identidade
nº 3.086.025, órgão expedidor: SSP-PI
C.P.F. nº 047.497.553-38 residente e domiciliado
Vila Leão A-08, nº 24, bairro ALTO DA CRUZ
Cidade FLORIANO, no Estado de PIAUÍ, pelo presente
instrumento particular de procuração, na melhor e boa forma de direito,
nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador:

OUTORGADO:

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS, Brasileiro, casado, Vigilante, Carteira de
Identidade nº 1.753.725 SSP -PI, CPF 630.353.673-53, residente e domiciliado
na Av; Petrônio Portela, Nº 759, Campo Velho, Floriano – PI, CEP: 64808-485.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante
nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim
especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do **Consórcio
Seguro DPVAT**, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito
o Sr.º (a) Carlito Lima Oliveira

Ocorrido em 03/02/14, conforme registrado pelo B.O anexo ao
processo INVALIDEZ.

O intuito desta Procuração é dar Poderes ao Outorgado para representar-me
e cadastrar o processo Junto as Seguradoras do Consórcio Dpvt e
Seguradora Líder.

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do
Outorgante.



Floriano / PI, 18 de Setem B.O de 2019.

Carlito Lima Oliveira

(OUTORGANTE)

CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FOLHA Nº 123456789
LIMA OLIVEIRA, DOU FÉ. EM TEST. OSWALDO
VERDADE:
Selo: 021 1196 (0213)
OSWALDO
OSWALDO EMILIO AIRES MIRANDA DO NASCIMENTO-ESC
Selo: 3,41 TJ: 0,77 FIMPE/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,48

Rua Fernando Marques, 819 - Centro
Floriano/PI - CEP 64800-000
Fone/Fax: (99) 3527-1111



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331590/19

Vítima: CARLITO LIMA OLIVEIRA

CPF: 047.497.553-38

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 03/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLITO LIMA OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS : 630.353.673-53

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

CARLITO LIMA OLIVEIRA : 047.497.553-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/09/2019
Nome: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 630.353.673-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190550394

Vítima: CARLITO LIMA OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLITO LIMA OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190550394

Vítima: CARLITO LIMA OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLITO LIMA OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: CARLITO LIMA OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000638

Conta: 000000047387-2

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

