

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **AMANDA NERES GOMES VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180322707**

Vitima: **AMANDA NERES GOMES VIEIRA**

Data do Acidente: **08/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180322707**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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 13106676



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **AMANDA NERES GOMES VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180322707**

Vitima: **AMANDA NERES GOMES VIEIRA**

Data do Acidente: **08/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180322707**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **08/04/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180322707 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMANDA NERES GOMES VIEIRA **Data do acidente:** 08/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

042.927.973 - 66

Nome completo da vítima

Amanda Neves Gomes Vieira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Amanda Neves Gomes Vieira		CPF titular da conta 042.927.973-66	Profissão Desenho-me
Endereço R. A 27 Phonalto Murguiai		Número 27	Complemento Casa
Bairro Vale quem tem	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64.000.235
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 2002 D/V 013 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 89619- D/V 4 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina 15 de maio de 2018
Local e Data

Amanda Neves Gomes Vieira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

138-694310268-4

18/MAI/2018 HORA DE 15:10:55

CT: 16.05404-4 TERM: 062678

LOCALIDADE: TERESINA

AG. VINCULADA: 2004 CONTROLE: 785082810

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2004 013 00089619-4

AMANDA NERES G VIEIRA

VALOR : 

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO COMPROVANTE DE DEPÓSITO

138-694310268-4

19 VIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2018

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

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

042.927.973 - 66

Nome completo da vítima

Amanda Neres Gomes Vieira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Amanda Neres Gomes Vieira		CPF titular da conta 042.927.973-66	Profissão Desenho-me
Endereço R. A 27 Phonalto Murguiai		Número 27	Complemento Casa
Bairro Vale quem tem	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64.000.235
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 2002 D/V 013 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 89619- D/V 4 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina 15 de maio de 2018
Local e Data

Amanda Neres Gomes Vieira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

138-694310268-4

18/MAI/2018 HORA DE 15:10:55

CT: 16.05404-4 TERM: 062678

LOCALIDADE: TERESINA

AG. VINCULADA: 2004 CONTROLE: 785082810

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2004 013 00089619-4

AMANDA NERES G VIEIRA

VALOR : 

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO COMPROVANTE DE DEPÓSITO

138-694310268-4

19 VIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2018

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002177/2017-65

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 19/05/2017 - 14:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JERUMENHA, Nº:

Complemento

445595

Data/Hora

08/04/2017 - 02:30

Bairro

BUENOS AIRES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2922821

Mãe: JOSILENE DA SILVA NERES

Endereço: QUADRA 27, CASA 27, CONJ. PLANALTO URUGUAI, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8872-4589

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA JERUMENHA, QUANDO ESTAVA SAINDO DO RESTAURANTE BARILOCHE, QUANDO O VEICULO FIAT UNO LHE ATROPELOU E NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA, E EVADIU-SE LOCAL, RELATA A VITIMA QUE FOI ATÉ O RESTAURANTE PEDIR AS FILMAGENS, MAIS O DONO DISSE QUE O HD HAVIA APAGADO AS IMAGENS, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA UNIMED, CONFORME PRONTUÁRIO 16075. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

Almiralce R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002177/2017-65

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 19/05/2017 - 14:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JERUMENHA, Nº:

Complemento

Data/Hora

08/04/2017 - 02:30

Bairro

BUENOS AIRES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2922821

Mãe: JOSILENE DA SILVA NERES

Endereço: QUADRA 27, CASA 27, CONJ. PLANALTO URUGUAI, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8872-4589

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA JERUMENHA, QUANDO ESTAVA SAINDO DO RESTAURANTE BARILOCHE, QUANDO O VEICULO FIAT UNO LHE ATROPELOU E NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA, E EVADIU-SE LOCAL, RELATA A VITIMA QUE FOI ATÉ O RESTAURANTE PEDIR AS FILMAGENS, MAIS O DONO DISSE QUE O HD HAVIA APAGADO AS IMAGENS, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA UNIMED, CONFORME PRONTUÁRIO 16075. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002177/2017-65

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 19/05/2017 - 14:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JERUMENHA, Nº:

Complemento

Data/Hora

08/04/2017 - 02:30

~~445595~~

457230

Bairro

BUENOS AIRES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS

RG: 2922821

Mãe: JOSILENE DA SILVA NERES

Endereço: QUADRA 27, CASA 27, CONJ. PLANALTO URUGUAI, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8872-4589

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA JERUMENHA, QUANDO ESTAVA SAINDO DO RESTAURANTE BARILOCHE, QUANDO O VEICULO FIAT UNO LHE ATROPELOU E NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA, E EVADIU-SE LOCAL, RELATA A VITIMA QUE FOI ATÉ O RESTAURANTE PEDIR AS FILMAGENS, MAIS O DONO DISSE QUE O HD HAVIA APAGADO AS IMAGENS, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA UNIMED, CONFORME PRONTUÁRIO 16075. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

Almiralce R. Lebre Carlos

Escrivã Especial

Mat.: 009761-6

AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002177/2017-65

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almirallice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 19/05/2017 - 14:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JERUMENHA, Nº:

Complemento

Data/Hora

08/04/2017 - 02:30

Bairro

BUENOS AIRES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS

RG: 2922821

Mãe: JOSILENE DA SILVA NERES

Endereço: QUADRA 27, CASA 27, CONJ. PLANALTO URUGUAI, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8872-4589

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

A NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA JERUMENHA, QUANDO ESTAVA SAINDO DO RESTAURANTE BARILOCHE, QUANDO O VEICULO FIAT UNO LHE ATROPELOU E NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA, E EVADIU-SE LOCAL, RELATA A VITIMA QUE FOI ATÉ O RESTAURANTE PEDIR AS FILMAGENS, MAIS O DONO DISSE QUE O HD HAVIA APAGADO AS IMAGENS, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA UNIMED, CONFORME PRONTUÁRIO 16075. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almirallice R. Lebre Carlos

Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Amadora Nunes Gomes Vieira

CPF da Vítima

042.927.973-66

Data do Acidente

08/04/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Teresina, 22 de maio de 18

Local e Data

Amadora Nunes Gomes Vieira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 1139	02 Data do chamado 08/09/17	03 PRO (código) 2700	04 Saída do PA 2,25	05 Chegada ao local 2,35
	06 Saída do local 3,00	07 Chegada ao 1º. hospital 3,10	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Primavera	11 Bairro B. Aires	12 Município-UF Teresina - PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Boi				
Dados do Paciente	14 Nome Amanda Nery Gomes Vieira	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 25a	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado	Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow =		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA
	ABERTURA OCULAR		5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma		6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum
	26 Pupilas		29 Dor		24 Sinais Vitais
	1 - Iguais 2 - Desiguais		ESCALA DE DOR DE 0 A 10		Pulso 90 Resp. PA TAX. SatO2 97
Assistência	27 Pulso Radial		30 Fratura		25 Local da lesão
	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sim Exposta Fechada 2 - Não 3 - Suspeito		
Hospital de Destino	28 Sangramento		31 Procedimentos realizados		
	1 - Sim 2 - Não		32 Hospital de Destino		
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada		34 Óbito		
	1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado		1-Sim 2-Não		
Observações Interdisciplinar					
Responsável pela recepção					
Socorristas Médico Enfermeiro					

PACIENTE : AMANDA NERES GOMES VIEIRA

QUEIXA PRINCIPAL DO PACIENTE

VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 1HORA

HDA

PCT FEZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA E VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 1 HORA COM RELATO DE DOR EM MSE E MIE
AP DEPRESSÃO MEDICAÇÕES EM USO PRITZE// ALPRAZOLAM ALERGIA MEDICAMENTOSA NEGA
CIRURGIA PRÉVIAS CURETAGEM

EXAME FÍSICO

LUCIDA E ORIENTADA ANICTERICA E ACINAÓTICA AFEBRIL AO TOQUE
EM USO DE COLAR CERVICAL

FC 77BPM SAT 99% AAMBIENTE FR 19IPM PA130X90mmHg

ACV BRNF EM 2T
AR MV + BILATERAL
ABD RHA + NORMOTENSO, INDOLOR
EXT PERFUNDIDAS SEM EDEMAS
SNC CONTACTUANTE SEM DEFICIT

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2019

DIAGNÓSTICO

POLITRAUMA

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

TRATAMENTO PROPOSTO

EXAMES+ ANALGESIA+ VIGILÂNCIA + MONITORIZAÇÃO

Dr. Manoel da Costa
Médico
Cirurgião

flanne

CARIMBO DO MÉDICO

HOSPITAL UNIMED TERESINA
PRIMAVERA
CONFERE COM ORIGINAL
Assinatura
09/05/19
Data

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTCE FORTALEZA CE PL7 DATA DE POSTAGEM: 02/05/2018

AMANDA NERES GOMES VIEIRA
RESIDENCIA PLANALTO URUGUAI QD A 27 CS 2 7
VALE QUEM TEM
64057-411 TERESINA PI



7211307021040415418206064830020518



870-AB582

PARA USO DOS CORREIOS

- ☐ MUDOU-SE
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
☐ NÃO EXISTE O Nº INDICADO
☐ SEM PORTARIA

- ☐ DESCONHECIDO
☐ RECLUSADO
☐ NÃO PROCURADO
☐ SEM PORTEIRO

- ☐ AUSENTE
☐ FALECIDO
☐ OUTROS
☐ SEM ACESSO A CAIXA RECEPTORA

REINTEGRADO AO SERVIÇO
POSTAL EM: _____
RUBRICA: _____
MATRÍCULA: _____

GIFUG/FO
VALID S.A.
DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA CEDO
AV. DR. RUDGE RAMOS, 1.561
SÃO BERNARDO DO CAMPO SP
09639-900

REMETENTE

000033079 07/05/18



**Agua de
Teresina**

CNPJ 07.743.807/0001-01

Av. Celso Azeiteiro, 1283, Pôrto - CEP 64017-180, Teresina - PI

Telefone: 0800 225 2600 ou 115 / (86) 98124-9198

Atendimento 24h

10:10

23/05/2018

151280966

5/2018

NOME/RAZÃO SOCIAL: **RELLE ROZE SOARES MARQUES**
RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 544 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64018650

001-00006-000050

001

NÚMERO DO CONTRATO
A10X133657

RESUMO DE CONSUMO

PERÍODO	TIPO	VALOR	UNIDADE
04/05/2018	Residência	168	m³
04/05/2018	Residência	168	m³
04/05/2018	Residência	168	m³
04/05/2018	Residência	168	m³

SERVIÇOS - CATEGORIA DE USO

1 Comercial - Normal

04/05/2018 168
ANTERIOR 04/05/2018 168
ATUAL

CONSUMO DE ÁGUA

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

CONSUMO DE ÁGUA

TABELA DE TARIFFAS

RESIDENCIAL

NOTA DE CONSUMO (m³/mês)

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

VALOR DE ÁGUA

VALOR DE ESGOTO

VALOR TOTAL

DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS DA NÍVEL

VALOR REFERENTE ÁGUA - 54,40	UNIDADE	VALOR
> Comercial - Normal	10,0 m³	54,40
VALOR DE ESGOTO - 43,52	10,0 m³	43,52
> Comercial - Normal	10,0 m³	43,52

23/05/2018

23/05/2018

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

ARQUIVOS ACUSA(M) O DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasiona a suspensão dos serviços,
de acordo com a Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 5.987/95, Art. 8º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.442)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA LÍMITE	VALOR LÍMITE
CLORO LIVRE	2837	2169	668	11,57	Inferior a 15,00
ODOR APARENTE	3396	2634	762	6,29	6,00-9,50
pH	3373	2952	421	7,97	Inferior a 9,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.442)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	RESULTADO	RESULTADO
COLIFORMES TOTAIS	919	919	0	Ausência	Ausência
ESCHERICHIA COLI					

24/05/2018

09:40

DATA DA EMISSÃO

HORA DA EMISSÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2018

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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/biblioteca/web/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.

Peço exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840173173 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Amanda Reis Gomes Vieira inscrito
no CPF sob o Nº 042927973 / 66, do sinistro de DPVAT cobertura FA da Vítima
Amanda Reis Gomes Vieira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042927973 / 66, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso
Recuso

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 24 de janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento
Bairro	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.000235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Teresina PI 22 de maio de 18

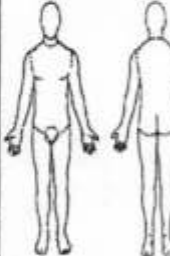
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



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



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 1139	02 Data do chamado 08 04 17	03 PRO (código) R1000	04 Saída do PA 2 25	05 Chegada ao local 2 35
	06 Saída do local 3 00	07 Chegada ao 1º. hospital 3 10	08 Saída do 1º. hospital 	09 Chegada ao 2º. hospital 	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Piumeiro				
	11 Bairro B. Aires	12 Município-UF Curitiba	Código IBGE 		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência B01				15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
	14 Nome Almeida de Aguiar Gomes Vieira				
Tipo de Ocorrência	16 Idade 25 A ☐ 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima ☐	20 Meio de locomoção ☐	21 Outra parte envolvida ☐		22 Equipamentos de segurança ☐ Capacete para Airbag Cinto de segurança Assento para criança
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado		
Exame Físico	23 Glasgow = ☐ ☐ ☐ ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso 92 Resp. PA TAX. SatO2 97
	25 Local da lesão 		26 Pupilas ☐ 1 - Iguais 2 - Desiguais		
Assistência	27 Pulso Radial ☐ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		28 Sangramento ☐ 1 - Sim 2 - Não		
	29 Dor ☐ 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐		
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☒ Prancha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☒ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☐ KED ☐ Assistência obstétrica				
	32 Hospital de Destino Unimed				
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada ☐ 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado				
	34 Óbito ☐ 1 - Sim 2 - Não ☐ ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar: 1/ vítima de trauma por queda de altura 2/ com queimaduras extensas no tórax e abdômen 3/ com fratura de fêmur direito e escoriações 4/ não há sinais de vida 5/ R/S: um dos membros superiores					
Responsável pela recepção Dr. Patrícia Pardo		Socorristas Médico Dr. J. S. Pardo Enfermeiro Enfermeiro			

PACIENTE : AMANDA NERES GOMES VIEIRA

QUEIXA PRINCIPAL DO PACIENTE

VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 1HORA

HDA

PCT FEZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA E VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 1 HORA COM RELATO DE DOR EM MSE E MIE
AP DEPRESSÃO MEDICAÇÕES EM USO PRITZE// ALPRAZOLAM ALERGIA MEDICAMENTOSA NEGA
CIRURGIAS PRÉVIAS CURETAGEM

EXAME FÍSICO

LUCIDA E ORIENTADA ANICTÉRICA E ACINAOÍTICA AFEBRIL AO TOQUE
EM USO DE COLAR CERVICAL

FC 77BPM SAT 99% AAMBIENTE FR 19IPM PA130X90mmHg

ACV BRNF EM 2T
AR MV + BILATERAL
ABD RHA + NORMOTENSO, INDOLOR
EXT PERFUNDIDAS SEM EDEMAS
SNC CONTACTUANTE SEM DEFICIT

DIAGNÓSTICO

POLITRAUMA

TRATAMENTO PROPOSTO

EXAMES+ ANALGESIA+ VIGILÂNCIA + MONITORIZAÇÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2019

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

Dr. João Costa
Médico
CRM-PI 2304

flanne

CARIMBO DO MÉDICO

HOSPITAL UNIMED TERESINA
PRIMAVERA
CONFERE COM ORIGINAL

Assinatura
09/05/19
Data

Paciente: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA

Idade: 25 Anos 6 Meses 7 Dias

Data de Nascimento: 01/10/1991

Prestador Assistente: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA

Conselho / Número Cons.: CRM 1

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 257585

Leito:

Admissão: 08/04/2017 03:09

Convênio: UNIMED TERESINA

Plano: UNIMED BASICO

EVOLUÇÃO: 327213 (FECHADO)Responsável: HUDSON AVELAR CAMINHA LEAL - COREN
5022185Data de Referência: 08/04/2017
Data/Hora do Documento: 08/04/2017 03:30

(03:30) Pct adi no PA após atropelamento a +-40min trazido pelo SAMU, A: vias aéreas permeas; B: MV presentes Sato2 99% FR17; C: 13x9, FC79, abd inocente, pelve estável; D: Glasgow 15; E: escoriações+cortes profundos em região posterior dos MMII; em prancha rígida, colar cervical, EGB, consciente, desorientada, fásica, eupnéica em ventilação espontânea, normotensa, normocardica, normocorada, BNF em 2T, RHA presentes, abd plano doloroso a palpação, extremidades bem perfundidas, tempo de enchimento capilar <2s, avaliado pelo clínico e ortopedista, puncionado avp em MSE, monitorizada no leito 02.

(04:50) Feito exames de imagem (Tc de crânio e cervical + Rx de membros, pelve e torax), recebendo alta da ortopedia após reavaliação, feito sutura (Dra Isabel) e após melhora da sonolência alta médica com receitas.

Hudson Caminha

ENFERMEIRO

HUDSON AVELAR CAMINHA LEAL

COREN 5022185



Atendimento: 257585

Paciente: AMANDA NERES GOMES VIEIRA

Data de Nascimento: 01/10/1991

Médico Assistente: CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO

Prestador Responsável: EWANIELLY KAROLINNY DA COSTA

Conselho / Número COREN 673456

Idade: 25 Anos 6 Meses

Leito Atual:

Setor: RECEPÇÃO - PRONTO

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 08/04/2017

Data anotação: 08/04/2017

Hora anotação: 04:00

Responsável: EWANIELLY KAROLINNY DA COSTA

Leito:

Anotação

03:26 PACT DEU ENTRADA NESTE SETOR DE EMERGENCIA TRAZIDA PELO SAMU, EM COLAR CERVICAL+ PRANCHA+ TALA IMOBILIZADORA EM PERNA ESQUEDA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, RESPIRANDO SEM APOPT DE O2, ENGERIL BEBIDA ALCOOLICA, APRESENTA ESCORIAÇÕES + CORTES IMPORTANTES EM MMI D/E + NEGA ALERGIA PUNCIONANDO AVP COM 1 JEL 20 + ADM: SF 500 ML EV + PROFENID+SF 100 ML EV + REALIZADO CURATIVO COMPRESSIVO EM FERIMENTOS, SOLICITADO EXAMES DE IMAGENS + VISTA PELO ORTOPEDISTA SEGUE ENCAMINHADA PARA EXAMES SEGUE AOS CUIDADOS. EVOLUÇÃO FEITA PELA TEC TIRZA ELIDEANE FERNANDES DA SILVA. DATA 08/04/17.

10:00 PCT APRESENTANDO QUEIXAS ALGICAS, ACORDADA CONSCIENTE E ORIENTADA, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO CPM.

11:47 REALIZADO GLICEMIA CAPILAR: 115MG/DL

12:00 REALIZADO CURTIVO EM MSD COM 02 PCT DE GAZE + SORO FISIOLÓGICO + KOLLAGENASE. SEGUE SOB CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

13 PCT REAVALIADA, AFERIDO GLICEMIA CAPILAR 115 MG/DL. PCT APRESENTANDO MELHORAS. RECEBE ALTA HOSPITALAR E ORIENTAÇÃO MÉDICA.




EWANIELLY KAROLINNY DA COSTA
COREN 673456

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 08/04/2017 12:47:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: AMANDA NERES GOMES VIEIRA RG: 2922821 PESO:
IDADE: 25 Anos SEXO: FEMININO ALTURA:

Data de Nascimento: 01/10/1991

PRESTADOR ASSISTENTE: CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO

DATA DE ATENDIMENTO: 08/04/2017 03:09:03 ATENDIMENTO: 257585 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -9 Hora(s)

CONVÊNIO: UNIMED TERESINA PLANO: UNIMED BASICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Z916 - HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: Z916 - HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS

DIAGNÓSTICO DE ALTA: Z916 - HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

08-04-2017 TC CRANIO
08-04-2017 TC CRANIO
08-04-2017 RX TORAX
08-04-2017 TC COLUNA CERVICAL
08-04-2017 TC COLUNA CERVICAL

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MELHORADA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO. FEZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA E VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 1 HORA DA ADMISSÃO, COM RELATO DE DOR EM MSE E MIE AP DEPRESSÃO MEDICAÇÕES EM USO PRITZE// ALPRAZOLAM ALERGIA MEDICAMENTOSA NEGA CIRURGIIA PRÉVIAS CURETAGEM FOI RELATADO PELA MEDICA CIRURGIÃ DR ISABEL, SUTURA EM COXA DIREITA E ESQUERDA, SEM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO. ENCONTRA-SE ESTAVEL, ASSINTOMÁTICA, SEM QUEIXAS, COM INDICAÇÃO DE ALTA HOSPITALAR. GLASGOW: 15 SO2:100% ACP: NORMAL ABDOME: SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL, RHA:+ SOM TIMPANICO PA: 120/80 GC: 115 MG/DL HD: TRAUMA /VITIMA DE ATROPELAMENTO LESAO EM COXA D e E COM SUTURA E CURATIVO CD: ALTA HOSP ANALGESIA JA PRESCRITA PELO CIRURGIAO



Dr. Carlos de Assis C. F. Filho
Clínico Geral / Cirurgião Geral
CRM: 4546-PI

Paciente...: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA
Prescrição.: 327214 Data: 08/04/2017 03:38
Atendimento: 257585 Dt Nasc: 01/10/1991 (25a 6m 7d)
Convênio...: UNIMED TERESINA
Internação.: 08/04/2017 03:09 0 Dias(s) int
Médico...: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: RECEPÇÃO - PRONTO ATENDIMENTO Leito.: Cobertura:
Cid...: Z916 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: ILANNE SARAIVA DE AREA LEO COSTA - CRM: 5494
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
9 RX COLUNA CERVICAL AP - LAT ; Exame: 56195						
10 RX COLUNA DORSAL AP - LATERAL ; Exame: 56195						
11 RX ANTEBRACO (DIREITO) ; Exame: 56195						
12 RX ANTEBRACO (ESQUERDO) ; Exame: 56195						
13 RX BACIA ; Exame: 56195						
14 RX COXA (DIREITO) ; Exame: 56195						
15 RX COXA (ESQUERDO) ; Exame: 56195						
16 RX JOELHO AP - LAT - OBLÍQUAS (DIREITO) ; Exame: 56195						
17 RX JOELHO AP - LAT - OBLÍQUAS (ESQUERDO) ; Exame: 56195						
18 RX PERNA (DIREITO) ; Exame: 56195						
19 RX PERNA (ESQUERDO) ; Exame: 56195						



Dr. Ilanne Saraiva A.L. Costa
Médico
CRM-PI 5494
Ilanne
ILANNE SARAIVA DE AREA LEO COSTA
CRM 5494

HOSPITAL UNIMED TERESINA
PRIMAVERA
CONFERE COM ORIGINAL
Ilanne
Assinatura
09/05/17
Data

Paciente...: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA
Prescrição.: 327223 Data: 08/04/2017 06:02
Atendimento: 257585 Dt Nasc: 01/10/1991 (25a 6m 8d)
Convênio...: UNIMED TERESINA
Internação.: 08/04/2017 03:09 0 Dias(s) int
Médico.....: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: RECEPÇÃO - PRONTO ATENDIMENTO Leito.: Cobertura:
Cid.....: Z918 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA - CRM: 3867
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICINA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
22 C.C SUTURA					AGORA	[08/04] 06:03
Prestador Executante	ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA					
23 CURATIVO					AGORA	[08/04] 06:03
Obs.: KOLAGENASE						

ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA
CRM 3867



HOSPITAL UNIMED TERESINA
PRIMAVERA
CONFERE COM ORIGINAL
Assinatura
Data 09/05/17

Paciente...: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA
Prescrição.: 327212 Data: 08/04/2017 03:24
Atendimento: 257585 Dt Nasc: 01/10/1991 (25a 6m 7d)
Convênio...: UNIMED TERESINA
Internação.: 08/04/2017 03:09 0 Dias(s) int
Médico...: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: RECEPÇÃO - PRONTO ATENDIMENTO Leito.: Cobertura:
Cid...: Z916 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: ILANNE SARAIVA DE AREA LEAO COSTA - CRM: 5494
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Esquemas
1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML	1	FR		IV	ACM	1.0 03:26
2	C.C. PROFENID IV PO SOL.INJ.100MG -> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	FA 100 ML		IV	AGORA	[08/04] 03:26
3	DIPIRONA SOL.INJ. 500MG/ML-2ML	1	AMPOLA		IV	AGORA	[08/04] 03:26

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4	RX TORAX : Exame: 56194						
5	TC CRANIO : Exame: 56193 Obs.: EXAME DE URGÊNCIA-SEM PREPARO. EXAME ELETIVO: JEJUM DE 4H						
6	TC COLUMNA CERVICAL : Exame: 56193						

CUIDADOS GERAIS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7	VERIFICAR SINAIS VITAIS					AGORA	[08/04] 03:25
8	INSTALAR MONITORIZAÇÃO CARDIACA					AGORA	[08/04] 03:25



ILANNE SARAIVA DE AREA LEAO COSTA
CRM 5494

HOSPITAL UNIMED TERESINA
CONFERE COM ORIGINAL
Data 09/05/17

Paciente...: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA
Prescrição.: 327222 Data: 08/04/2017 05:04
Atendimento: 257585 Dt Nasc: 01/10/1991 (25a 6m 7d)
Convênio...: UNIMED TERESINA
Internação.: 08/04/2017 03:09 0 Dias(s) int
Médico.....: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: RECEPÇÃO - PRONTO ATENDIMENTO Leito.: Cobertura:
Cid.....: Z916 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA - CRM: 3867
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PREScrição MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
20 C.C. MIDAZOLAM SOL.INJ 15MG - 3ML (*)B1 Obs.: fazer 1 ml + 9ml ad fazer 5m i eve acm	1	ML		IV	AGORA	[08/04] 05:05
21 C.C. FENTANILA 50 MCG/ML INJ: AMP. C/ 2ML Obs.: diluir em 1 litro de água	1	AMPOLA		IV	AGORA	[08/04] 05:06

ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA
CRM 3867



HOSPITAL UNIMED TERESINA
PRONTUÁRIO
CONF. EM ORIGINAL
Assinatura
09/05/17
Data

Paciente...: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA
Prescrição.: 327550 Data: 08/04/2017 11:47
Atendimento: 257585 Dt Nasc: 01/10/1991 (25a 6m 8d)
Convênio...: UNIMED TERESINA
Internação.: 08/04/2017 03:09 0 Dias(s) int
Médico.....: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: RECEPÇÃO - PRONTO ATENDIMENTO Leito.: Cobertura:
Cid.....: Z916 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO - CRM: 4546
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PREScrição MÉDICA

MEDICINA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
25 C.C. GLICEMIA CAPILAR					AGORA	[08/04] 11:47
]-> FITA P/ GLICEMIA CAPILAR	1	UND				
]-> LANCETA P/ GLICEMIA CAPILAR	1	UND				

Dr. Carlos de Assis C. F. Filho
Clínica Médica/Cardiologia

CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO
CRM 4546



HOSPITAL UNIMED TERESINA
PRIMA-VIA
CONFERE COM ORIGINAL
09/05/17
Data

1ª VIA

Paciente...: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA
Prescrição.: 327446 Data: 08/04/2017 10:26
Atendimento: 257585 Dt Nasc: 01/10/1991 (25a 6m 8d)
Convênio...: UNIMED TERESINA
Internação.: 08/04/2017 03:09 0 Dias(s) int
Médico...: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Unid. Int.: RECEPÇÃO - PRONTO ATENDIMENTO Leito.: Cobertura:
Cid...: Z916 HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FISICOS Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO - CRM: 4546
FUNÇÃO: MEDICO(A)

Rubrica do Responsável



PREScrição MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
24 DIPIRONA SOL INJ. 500MG/ML-2ML	1	AMPOLA		IV	ACM	
Obs.: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA						

Dr. Carlos de Assis C. F. Filho
Clínica Médica/Cardiologia
CRM: 4546-PI

CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO
CRM 4546



Ficha de Atendimento
Urgência / Adulto



DADOS DO PACIENTE

Nome: AMANDA NERES GOMES VIEIRA
CPF: 04292797366
Mãe: JOSILENE DA SILVA NERES
Carteirinha: 00990010000043223
Convênio: UNIMED TERESINA
Endereço: QD 27 CASA CONJ PLANALTO URL
CEP:

Idade: 25
Identidade / RG: 2922821
Pai:
Senha Aut: 103214305
Plano: UNIMED BASICO
Bairro: VALE QUEM TEM
Cidade: TERESINA

Dt. Nascimento: 01/10/1991 02:00:00
Sexo: F
Telefone: 988724589
Guia: 1038327
Validade: 29/10/2018
Complemento:
Estado: PIAUI

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 257585
Origem do Atendimento: URGÊNCIA
Médico: CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO
Procedimento: CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

Prontuario: 16075

Data/Hora: 08/04/2017 03:09:03
Usuario: TPIRES

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:
Complemento:

Telefone:
Bairro:



Assinatura Cliente/Responsável



RELATÓRIO

NOME: *Amanda Nunes Torres Lima* PRONTUÁRIO:

DIAGNÓSTICO: CONVÊNIO:

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO (TÉCNICA, SUTURAS, DRENAGENS, FECHAMENTO) CIRURGIÃO

*Pauti em diâmetro vertical + Sudecos unimeds
e Antena loop + Sutura 4 nylon
2.0 + nylon 3.0. e região posterior
de área exposta - direita*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - N.º 1392002-470
Teresina-PI

CONSUMO

FIOS	Nº	QUANT.	ANESTÉSICOS	UNID.	QUANT.
MONONYLON			XILOCAÍNA 2% S/V	FR	
MONONYLON			XILOCAÍNA 2% C/V	FR	
CATGUT CROMADO			XILOCAÍNA 1% S/V	FR	
CATGUT SIMPLES			XILOCAÍNA 1% C/V	FR	

MEDICAMENTOS	UNID.	QUANT.	MATERIAIS	UNID.	QUANT.	SOLUÇÕES	UNID.	QUANT.
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FR		LUVAS Nº _____	PAR		ÊTER	ML	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FR		LUVAS Nº _____	PAR		P.V.P.I. DEGERMANTE	ML	
POMADA	FR		LÂMINA DE BISTURI Nº _____	UNID		P.V.P.I. TÓPICO	ML	
SOL. RINGER C/ LACTATO	FR		SERINGA DESC _____ ML	UNID		ÁGUA OXIGENADA	ML	
			SERINGA DESC _____ ML	UNID				
			GAZE 7.5 X 7.5	ENVELOPE				
			ESPARADRAPO	CM				
			MICROPORE	CM				

HOSPITAL UNIMED TERESINA
PRIMA VENDA
CONFERE COM ORIGINAL
Data: 09/05/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Amanda Neres Gomes Vieira
ASSINATURA DO TITULAR

0255988

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.010-000

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.922.821 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/09/13

NOME AMANDA NERES GOMES VIEIRA

FLACÃO

JOSILENE DA SILVA NERES
JOSE WELLINGTON GOMES VIEIRA

NATURALIDADE TERESINA-PI

DOC. ORIGINAL CERT. NASC. 193517 L 227 F 556

EXP. TERESINA-PI 06/09/06

042.927.973-66

ASSINATURA DO DIRETOR

01/10/1991 DATA DE NASCIMENTO

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Amanda Neres Gomes Vieira
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 2.922.821
CPF: 042.927.973-66
Profissão: Desempregada
Endereço: RD A27 Costa 27 R. Planalto Uruguaí
CEP: 64.057.411 vale que Ter
Telefone: ()

OUTORGADO:

Nome: Nelle Róze Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade:
CPF: 840.173.173-91
Profissão: Recurso-me
Endereço: Rua 24 de Janeiro S/N Centro N.
CEP: 64.000.235
Telefone: ()

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

5º Ofício

Teresina, 18/05/2018

Local e data

Amanda Neres Gomes Vieira

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



CARTÓRIO "DIALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo
Tabelia Pública
Teresina-Piauí

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelia
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665



RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: AMANDA NERES GOMES VIEIRA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 18/05/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,70 Selo: ABC.4019 (F80P300)

ROSENIR DE MOURA LIMA - Tabelia Substituta

CARTÓRIO "DIALMA VELOSO"
Rosenir de Moura Lima
Substituta
Selo de Fielização e Autenticidade
Fundo de Fielização
Estado do Piauí
Atas de Notas
Registro e Judiciais
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABC-04019