

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface.

The title bar shows multiple open tabs including "Email - Alana L.", "Controle de do...", "Mensagens", "... Sistema SAJ", "Consulta proce...", "0811522-20.20...", "Baixar o arqui...", "(31) WhatsApp", and others.

The address bar displays the URL: [tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=231216&ca=8618ba45a2b28be2b71e032afa9990...](http://tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=231216&ca=8618ba45a2b28be2b71e032afa9990...)

The main content area shows a document titled "13113140 - CONTESTAÇÃO (2766623 CONTESTACAO 01)" dated "13 Nov 2020".

The left sidebar lists several documents under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO":

- 13113138 - CONTESTAÇÃO (2766623 CONTESTACAO 01)
- 13113142 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 13113343 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 13113346 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
- 13113347 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

The right panel shows a preview of a document titled "downloadBinario.seam" page 1 / 10, dated "16 de 14". It features the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI".

The bottom status bar shows icons for Windows, network, battery, and date/time (13/11/2020, 15:44).



Número: **0811522-20.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **19/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>AMANDA NERES GOMES VIEIRA (AUTOR)</b>	<b>AGEU ALVES DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13113 142	13/11/2020 15:44	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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.seguradoraslider.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

Pag. 00145/00146 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030073



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 15:44:37  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315443679700000012403758>  
Número do documento: 20111315443679700000012403758

Num. 13113142 - Pág. 1



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](http://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

Pag. 00253/00254 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13201206



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 15:44:37  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315443679700000012403758>  
Número do documento: 20111315443679700000012403758

Num. 13113142 - Pág. 2

## 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 EVIDENCIAM 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 %

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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

Amancio Neves Soares Vieira

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Amancio Neves Soares Vieira	042.927.973-66	funcionário
Endereço	Número	Complemento
QD. A 27 Phomalto Mungui	27	Casa
Bairro	Estado	CEP
vale quer ter	RS	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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA NRO. 2004 D/V 013 CONTA NRO. 89619 - D/V  
(Informar dígito se existir)

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (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 18  
Local e Data

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C.  
Centro-Norte CEP: 04.002-470  
Fone: 011-3022-4700

Amancio Neves Soares Vieira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 15:44:37  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315443679700000012403758>  
Número do documento: 20111315443679700000012403758

Num. 13113142 - Pág. 5



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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

Ananádo Neres Gomes Vieira

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Ananádo Neres Gomes Vieira	042.927.973-66	funcionário
Endereço	Número	Complemento
QD. A 27 Phomalto Munguai	27	Casa
Bairro	Estado	CEP
vale querer ter	RS	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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA NRO. 2004 D/V 013 CONTA NRO. 89619 - D/V  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (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 18  
Local e Data

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C,  
Centro-Norte CEP: 04.002-470  
Fone: 011-3222-4700

Ananádo Neres Gomes Vieira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 15:44:37  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315443679700000012403758>  
Número do documento: 20111315443679700000012403758

Num. 13113142 - Pág. 7



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: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

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

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

08/04/2017 - 02:30

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Bairro**

Município

TERESINA

BUENOS AIRES

**Endereço**

AV. JERUMENHA, Nº:

**Ponto de Referência****Complemento**

### 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, MAS 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.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616  
Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616  
Escrivão 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: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

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

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

08/04/2017 - 02:30

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Bairro**

Município

TERESINA

BUENOS AIRES

**Endereço**

AV. JERUMENHA, Nº:

**Ponto de Referência**

Complemento

### 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, MAS 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.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616  
AGENTE DE POLÍCIA  
Almiralice R. Lebre Carlos  
Escrivão 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

~~645595~~

Data/Hora

#### Tipo Local

VIA PÚBLICA

~~457230~~

08/04/2017 - 02:30

#### Município

TERESINA

Bairro

#### Endereço

AV. JERUMENHA, Nº:

BUENOS AIRES

#### Complemento

#### 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, MAS 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. ~~Assessoria~~ POLÍCIA  
Escrivão Especial  
Mat.: 009761-6

AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Policia





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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.002177/2017-65

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO  
Pelo Registro: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

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

### DADOS DA OCORRÊNCIA

#### Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

#### Tipo Local

VIA PÚBLICA

08/04/2017 - 02:30

#### Município

TERESINA

#### Bairro

#### Endereço

AV. JERUMENHA, Nº:

BUENOS AIRES

#### Complemento

#### Ponto de Referência

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS

Tipo Envolt.: VITIMA/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 VEÍCULO 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, MAS 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.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralice R. Lebre Carlos

Escrivão Especial

Mat.: 009761-6

AMANDA NERES GOMES VIEIRA 25 ANOS - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 Amanda Neres 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 Lider 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.



Local e Data:

Teresina/PI, 22 de maio de 18

Amanda Neres Gomes Vieira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

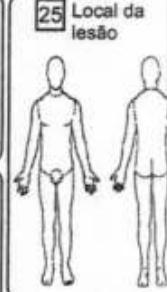




Estado do Piauí  
**Prefeitura Municipal de Teresina**  
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

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

SAM  
19

Dados do Chamado	01 N°. do chamado 1139	02 Data do chamado 08 09 17	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 225	05 Chegada ao local 235				
Local da Ocorrência	06 Saída do local 390	07 Chegada ao 1º. hospital 310	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital					
Dados do Paciente	10 Endereço AV: Juazeiro do Norte B. Aires	11 Bairro B. Aires	12 Município-UF Juazeiro	Código IBGE					
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência Boulevard	14 Nome Aline Reiney Gomes Vieira	15 Sexo 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado						
Acidente de Transporte	16 Idade 25a	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	DEPARTAMENTOS DE SAMU CONTEUDOS DA UNIÃO MAIS 27				
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01-Accidente de transporte 02-Agressão física-espacamento 03-Agressão física-FAF 04-Agressão física-FAB 05-Urgência psiquiátrica	06-Tentativa de suicídio 07-Envenenamento 08-Afogamento 09-Queimadura 10-Choque elétrico	11-Queda 12-Urgência clínica 13-Urgência obstétrica 14-Transferência 15-Exames complementares	16-Outros 17-Já removido 18-Falso chamado	Equipamentos de segurança Capacete Airbag Ginto de cinturão Assento para criança				
Assistência	19-Ultima 1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 9-Ignorado	20-Meio de locomoção 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta	21-Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Onibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta	22-Sinal de vitais Pulso 90 Resp. PA TAX. SatO2 77	25 Local da lesão 				
Hospital de Destino	23 Glasgow = <input type="text"/>	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-A voz 2-A dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	26 Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente	29 Dor <input type="checkbox"/> 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	ESCALA DE DOR DE 0 A 10		
Observações Interdisciplinar	28 Sangramento 1-Sim 2-Não	30 Fratura 1-Sim 2-Não 3-Suspeito	<input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) PRIMAVERA b) CONFERE COM ORIGINAL	32 Hospital de Destino Unimed	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	09/05/2012 Data Não Removido

*Notas de atendimento de emergência  
Graus gerais moderados  
Corrimento + escoriações  
Nº de feridas 10  
1º Piso da Unimed*

Responsável pela recepção

Socorristas  
Médico  
AEFE

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 PREVIAS 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

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

## DIAGNÓSTICO

POLITRAUMA

## TRATAMENTO PROPOSTO

EXAMES+ ANALGESIA+ VIGILÂNCIA + MONITORIZAÇÃO

CARIMBO DO MÉDICO

*flanne*

HÓSPITAL UNIMED TERESINA  
 PRIMAVERA  
 CONFERE COM ORIGINAL  
*José*  
 Data  
*09/05/13*





A vida pede mais que um banco



SFG-AB582

PARA USO DOS CORREIOS							
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE	<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> ALIENDE	REINTEGRADO AO SERVIÇO				
<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> RECUSADO	<input type="checkbox"/> FAUCIDO	POSTAL BM _____				
<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O Nº INDICADO	<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO	<input type="checkbox"/> OUTROS	RUBRICA: _____				
<input type="checkbox"/> SEM PORTARIA	<input type="checkbox"/> SEM PORTERO	<input type="checkbox"/> SEM ACESSO A CAIXA RECEPTORA	MATRÍCULA: _____				
GIFUG/FO VALID S.A. <b>DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA CEDO</b> Av. DR. RUDGE RAMOS, 1.561 SÃO BERNARDO DO CAMPO - SP 09639-900				REMETENTE	000033079-07/05/18		







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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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.

Peço exposto, eu Nelle Soares Menezes inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173-91,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Paula Neves Gomes Melo inscrito  
no CPF sob o Nº 042.927.973-66, do Sinistro de DPVAT cobertura JPA da Vítima  
Ana Paula Neves Gomes Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.927.973-66, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso Recurso e apresento os documentos comprobatórios:  
DEPARTAMENTOS DE REGISTROS  
DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recurso informar

24 MAI 2019

GENTE SEGURO LIDER-DPVAT, S.A.  
Centro de Resende, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Endereço		Número	Complemento
Rua 94 de Janeiro		594	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
	Teresina	PI	64.000-235

Teresina PI 22 de maio de 18  
Local e Data

Nelle Soares Menezes  
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 15:44:37  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131544367970000012403758>  
Número do documento: 2011131544367970000012403758

Num. 13113142 - Pág. 17



Dados do Chamado	01 N°. do chamado <b>1139</b>	02 Data do chamado <b>08/04/17</b>	03 PRO (código) <b>RACD</b>	04 Saída do PA <b>225235</b>	05 Chegada ao local <b>225235</b>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>3100</b>	07 Chegada ao 1º. hospital <b>3110</b>	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço <b>Av. Juazeiro</b>	11 Bairro <b>B. Aires</b>	12 Município-UF <b>Teresina</b>	Código IBGE	
Dados do Paciente	13 Ponto de referência <b>B01</b>				
Tipo de Ocorrência	14 Nome <b>Almeida Neury Gomes Vieira</b>	15 Sexo <b>M</b>	1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado		
Accidente de Transporte	16 Idade <b>25a</b>	1- Dia 2- Mês 3- Ano 9- Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <b>1-Sim</b>	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	18 Tipo de ocorrência <b>01 - Acidente de transporte</b>	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros	<i>CONTEÚDO NÃO LIGADO</i>
	02 - Agressão física-espancamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido	<i>OPA/1</i>
	03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	18 - Falso chamado	<i>MAI 27</i>
	04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência		
	05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares		
Exame Físico	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança 1- Segurança 2- Capacete 3- Cinto de segurança 4- Assento para criança	
Assistência	23 Glasgow = <b>14</b>	RESPOSTA VERBAL 5-Orientada 4-Confusa 3-A voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso <b>91</b> Resp. _____ PA _____ TAX. _____ Sat02 <b>77</b>	25 Local da lesão 
Hospital de Destino	26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais	29 Dor <input checked="" type="checkbox"/>	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10		
Observações Interdisciplinar	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Suspeito <input type="checkbox"/>			
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/>			
	32 Hospital de Destino <b>Unimed</b>				
	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	1-Sim <b>09/05</b> 2-Não		
	<i>Vítima de atropelamento de cama com fraturas ósseas no tórax corpongimento + escoriações N/A na face e abdômen N/A no abdômen</i>				
	Responsável pela recepção <b>Ednan Soares Coutinho</b>	Socorristas Médico <b>Edna</b>	Enfermeiro <b>Thiago</b>		



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 ANICTERICA E ACINAÓTICA AFEBRIL AO TOQUE  
 EM USO DE COLAR CERVICAL

FC 77BPM SAT 99% AAMBLENTE FR 19IPM PA130X90mmHg

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 MAI 2019

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

## DIAGNÓSTICO

POLITRAUMA

## TRATAMENTO PROPOSTO

EXAMES+ ANALGESIA+ VIGILÂNCIA + MONITORIZAÇÃO

CARIMBO DO MÉDICO

HÓSPITAL UNIMED TERESINA  
 PRIMAVERA  
 CONFERE COM ORIGINAL  
*[Signature]*  
 09/05/13  
 Data



HOSPITAL UNIMED TERESINA

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: HUDSON AVELAR CAMINHA  
LEAL

Em 08/04/2017 07:19

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  
5022185

Data de Referência: 08/04/2017  
Data/Hora do Documento: 08/04/2017 03:30

(03:30) Pct adt no PA após atropelamento a +-40min trazido pelo SAMU, A:vias aereas perfeitas; 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, normocárdica, normocorada, BNF em 2T, RHA presentes, abd plano doloroso a palpação, extremidades bem perfundidas, tempo de enchimento capilar <2s, avaliado pelo clínico e ortopedista, punctionado 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



HOSPITAL UNIMED TERESINA  
PRIMAVERA  
CONFIRMA ORIGINAL  
09/05/19  
Assinatura  
Data

Atendimento: 257585

Paciente: AMANDA NERES GOMES VIEIRA

Idade: 25 Anos 6 Meses

Data de Nascimento: 01/10/1991

Leito Atual:

Médico Assistente: CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO

Setor: RECEPÇÃO - PRONTO

Prestador Responsável: EWANIELLY KAROLINNY DA COSTA

Conselho / Número COREN 673456

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 APOPRT DE O2 , ENGERIL BEBIDA ALCOOLICA , APRESENTA ESCORIAÇOES + 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 SEGUO ENCAMINHADA PARA EXAMES SEGUO 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 FISIOLOGICO + KOLLAGENASE. SEGUO SOB CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

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



KW  
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 FÍSICOS

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: Z916 - HISTORIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FÍSICOS

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

## 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 ADMISSAO, COM RELATO DE DOR EM MSE E MIE AP DEPRESSÃO MEDICAÇÕES EM USO PRITZE// ALPRAZOLAM ALERGIA MEDICAMENTOSA NEGA CIRURGIA PRÉVIAS CURETAGEM FOI RELATADO PELA MEDICA CIRURGIÃ DR ISABEL , SUTURA EM COXA DIREITA E ESQUERDA , SEM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO. ENCONTRA-SE ESTAVEL ASSINTOMATICA , SEM QUEIXAS , COM INDICAÇÃO DE ALTA HOSPITALAR . GLASSOW 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 JÁ PRESCRITA PELO CIRURGIAO



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 HISTÓRIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FÍSICOS Diagnóstico:  
PRESTADOR RESP PELO DOCUMENTO.... ILANNE SARAIVA DE ÁREA LEAO COSTA - CRM: 5494  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PREScrição MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qty	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 - OBLIGUAS (DIREITO) : Exame: 56195						
17 RX JOELHO AP - LAT - OBLIGUAS (ESQUERDO) : Exame: 56195						
18 RX Perna (DIREITO) : Exame: 56195						
19 RX Perna (ESQUERDO) : Exame: 56195						



Dr. Ilanne Saraiva Costa  
CRM-PI 5494  
  
ILANNE SARAIVÀ DE ÁREA LEAO COSTA  
CRM 5494

HOSPITAL UNIMED TERESINA  
CONFIRMA TRA  
CONFERE COM ORIGINAL  
  
09/05/18  
Data

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



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.....: Z916 HISTÓRIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FÍSICOS 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

Obs.: KOLAGENASE

AGORA [08/04] 06:03

ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA  
CRM 3867



HOSPITAL UNIMED TERESINA  
PRIMAVERA  
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL  
Assinatura \_\_\_\_\_  
Data: 09/05/18

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Paciente...: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA  
Prescrição.: 327212 Data: 08/04/2017 03:24  
Atendimento: 257585 Di 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	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Esquemas
1 SORO FISIOLOGICO 0,9% - 500ML	1	FR		IV	ACM	[08/04] 03:26
2 C.C. PROFENID IV PO SOL,INJ:100MG  > SORO FISIOLOGICO - 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	Qty	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 COLUNA CERVICAL : Exame: 56193						
CUIDADOS GERAIS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 VERIFICAR SINAIS VITAIS					AGORA	[08/04] 03:25
8 INSTALAR MONITORIZACAO CARDIACA					AGORA	[08/04] 03:25



ILANNE SARAIVA DE AREA LEAO COSTA  
CRM 5494

HOSPITAL UNIMED TERESINA  
CONFIRMO A COPIA ORIGINAL  
Assinatura: *Ana*  
Data: *09/05/18*

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Paciente....: 18075 - 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 HISTÓRIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FÍSICOS 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 5ml 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  
CONFIRMAÇÃO DA ORIGINAL  
Assinatura: Amw  
Data: 09/05/18

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Paciente...: 16075 - AMANDA NERES GOMES VIEIRA  
Prescrição.: 327550 Data: 08/04/2017 11:47  
Atendimento: 257581 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 HISTÓRIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FÍSICOS Diagnóstico:  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO - CRM: 4546  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PREScrição MÉDICA

MEDICINA	Qty	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  
PRONTUÁRIO  
CONFIRME COM ORIGINAL  
Vane  
09/05/18  
Data

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 15:44:37  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131544367970000012403758>  
Número do documento: 2011131544367970000012403758

Num. 13113142 - Pág. 27

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 HISTÓRIA PESSOAL DE OUTR TRAUMAS FÍSICOS Diagnóstico:  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO....: CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO - CRM: 4546  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PREScrição MÉDICA

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

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

CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO  
CRM 4546



SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 15:44:37  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131544367970000012403758>  
Número do documento: 2011131544367970000012403758

Num. 13113142 - Pág. 28

**Ficha de Atendimento**  
**Urgência / Adulto**



257585

**DADOS DO PACIENTE**

Nome: AMANDA NERES GOMES VIEIRA Idade: 25 Dt. Nascimento: 01/10/1991 02:00:00  
CPF: 04292797366 Identidade / RG: 2922821 Sexo: F  
Mãe: JOSILENE DA SILVA NERES Pai: Telefone: 988724589  
Carteirinha: 00990010000043223 Senha Aut: 103214305 Guia: 1038327  
Convênio: UNIMED TERESINA Plano: UNIMED BASICO Validade: 29/10/2018  
Endereço: QD 27 CASA CONJ PLANALTO URL Bairro: VALE QUEM TEM Complemento:  
CEP: Cidade: TERESINA Estado: PIAUI

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Atendimento: 257585 Prontuario: 16075 Data/Hora: 08/04/2017 03:09:03  
Origem do Atendimento: URGÊNCIA Usuario: TPIRES  
Médico: CARLOS DE ASSIS COSTA FREITAS FILHO  
Procedimento: CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

Nome: Telefone:  
Endereço: Bairro:  
Complemento:



Assinatura Cliente/Responsável



TERESINA

**RELATÓRIO**

NOME:

Amonete Nere Lopes Viana

PRONTUÁRIO:

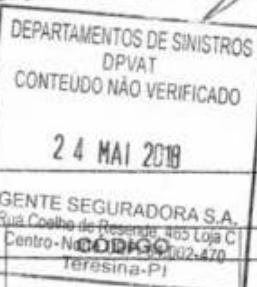
DIAGNÓSTICO:

CONVÊNIO:

PROCEDIMENTO

Descrição do procedimento (TÉCNICA, SUTURAS, DRENAGENS, FECHAMENTO) | CIRURGIAO

Pauti em dureto rectal + sedo caps comon  
 - Anatomia local + Sutura 4 nylon  
 2-0 + nylon 3-0. e regiao peritoneo  
 da cica vaginal - direita



CIRURGIAO - CRM  
CRM-PI: 3867  
CRM-Geral / Coloproctologia

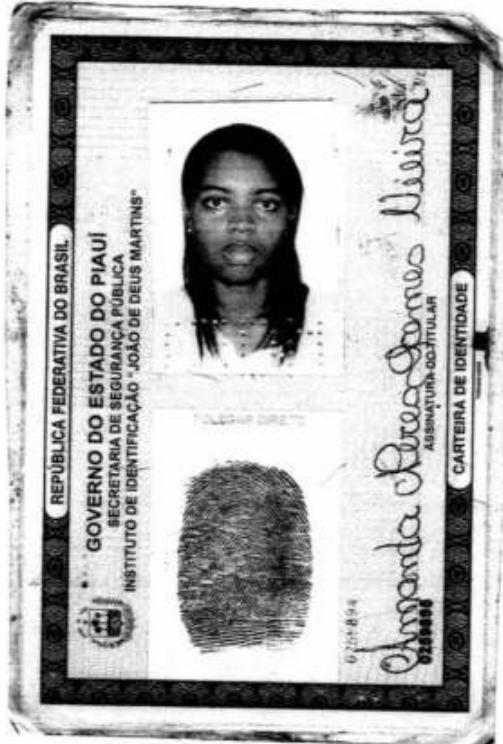
**CONSUMO**

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		ÉTER	ML	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FR		LUVAS Nº _____	PAR		P.V.P.T. 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  
CONFIRA COM COUTINHO  
Ano 05 Mês 11





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 15:44:37  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315443679700000012403758  
Número do documento: 20111315443679700000012403758

Num. 13113142 - Pág. 31



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 15:44:37  
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315443679700000012403758  
Número do documento: 20111315443679700000012403758

Num. 13113142 - Pág. 32

## 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: Rua A27 Costa 27 B - Planalto Uruguay  
CEP: 64.057.411 - Val que ter  
Telefone: ( )

### OUTORGADO:

Nome: Nelle Fozz Soares Meireles  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteira  
Identidade:  
CPF: 840.173.173-91  
Profissão: Recuso-me  
Endereço: Rua 24 de Janeiro s/n Centro N.  
CEP: 64.000-235  
Telefone: ( )

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2018

5º Ofício

Teresina, 18/05/2018

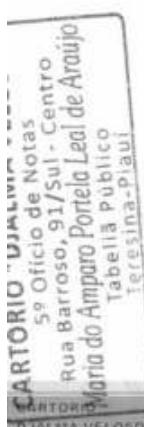
Local e data

Amanda Neres Gomes Vieira

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

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS

Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelião  
Rua Barroso, 91/Sul - Centro  
Teresina-PI



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 Selos:0,25 Total:4,70  
Selos:ABC.4019 (FBOP300)

ROSENIR DE MOURA LIMA-Tabelia Substituta

