



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.002315/2019-78

Complementar ao BO N°: 100203.002287/2019-99

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

Data/Hora: 18/06/2019 - 14:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

542586

Data/Hora

19/05/2019 - 21:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

ITAPERU

Endereço

RUA ARTUR DE VASCONCELOS, N°:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 19787961 SSP PI

Mãe: MARIA DO ROSARIO DE F. V. DE ALCANTARA

Endereço: RUA DELFINO VAZ, N° 2496

Bairro: PRIMAVERA

Cidade: TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

Tipo Envolv.: VITIMA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA PELA RUA ARTUR DE VASCONCELOS CONDUZINDO O VEICULO MOTOCICLETA HONDA/BIZ DE PLACA QRT 1611 DE PROPRIEDADE DE JOÃO VITOR DA SILVA BARROSO QUANDO UM VEICULO AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL PROVOCANDO COLISÃO, ONDE CONDUTOR E PASSAGEIRA FORAM LESIONADOS, QUE WAGNER FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO DE N° 511660, QUE A PASSAGEIRA FOI LESIONADA, SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT, PRONTUÁRIO 511657. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
 AGENTE DE POLÍCIA

Almiralice R. Lebre Carlos

Escrivão de Polícia

Wagner Venâncio de Alcantara
 WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA - Noticiante
 Responsável pela Informação

AVERBAÇÃO B.O. 100203.002315/2019-78

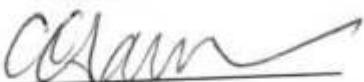
O Sr. Wagner Venacio de Alcantara, noticiante do B.O., compareceu a esta Especializada para informar que a moto de placa QRT-1611 é de propriedade de João Vinicius da Silva Barroso. É o relato.

Teresina, 25/06/2019

Wagner Venâncio de Alcantara

Wagner Venâncio de Alcantara

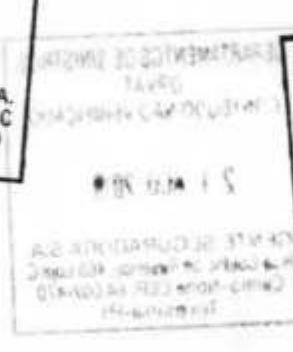
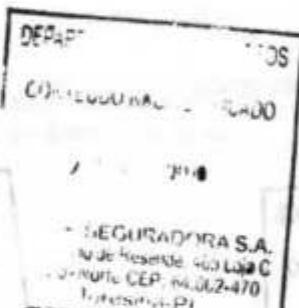
Averbante



Claudio Costa de Sousa

Ag. de polícia

108516-6



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

912.458.263-87 Telma Fernandes da Silve

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Telma Fernandes da Silve

6 - CPF:

912.458.263-87

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Promotora de Votos

12 - Cidade:

Rue: Paracatu

9 - Número:

36 53/1

11 - Bairro:

Piraju

13 - Estado:

Piau

14 - CEP:

64.003.460

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(66) 99472-5541

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL (O BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0855 013

CONTA: 300636 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

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

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a DPVAT, Teresina-PI.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou na natureza?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

 Sim Não

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina o/oga/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o/oga/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina-Piau 20.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

NAO ALFABETIZADO

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 3253	02 Data do chamado 19/05/19	03 PRO (código) 7898	04 Saída do PA 2238	05 Chegada ao local 2244		
Local da Ocorrência	06 Saída do local 2318	07 Chegada ao 1º hospital 2331	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço altur de varzeado	11 Bairro Jaçanã	12 Município-UF the	Código IBGE			
Dado de Ocorrência	13 Ponto de referência convento						
Acidente de Transporte	14 Nome Telma Funas de da silva	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado					
Exame Físico	16 Idade 31	1-Dia 2-Mês 3-Anos 4-Ignorado 15.11.1974	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			
Assistência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente 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	DEPARTAMENTOS DE SINIS CONTEÚDO NÃO VERIFICA S.A. Resende, 463 C Assento para criança		
Hospital de Destino	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 Capacete Cinto de segurança Assento para criança	23 Glasgow = 11	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
Observações Interdisciplinar	24 Sinais Vitais Pulso 92 Resp. PA 14X9 TAX. Sat02	25 Local da lesão	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 <input checked="" type="checkbox"/>	30 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Moderada 7 Intensa 10
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia 108 msl/dp Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	<input type="checkbox"/> Não Removido	Paciente vítima de colisão de moto com carro, passageira sem capacete suspeita de postura em funho m.s.d. orientada, alcoólica outra vítima sendo removida para F20 2904.
	Socorristas Médico AE/TE Socorristas	Enfermeiro Condutor campor					
	Responsável pela recepção Guilherme	Versão: 27.11.2011					

am to P

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 20/05/2019 00:21:05
(User: WILLIAM MACHADO)
(Estação: CONSULPA03)

Nome: TELMA FERNANDES DA SILVA		(Estação: CONSULPRO3)
Mãe: GESEUDA ALVES DA SILVA	Prontuário: 511657	
End. Resid.: R. PARNAIBA 1650 - VILA OPERARIA - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		Pai:
Nascimento: 15/11/1974	Idade: 44a6m4d	Sexo: Feminino Fone: 86-99453-0105
Responsável: MESMA	CNS:	
Profissão: PROMOTORA	Documento: Reg.Nasc: NAO PORTA	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
DADOS DO ATENDIMENTO:		

<u>Código:</u> 722457	<u>Entrada:</u> 19/05/2019 23:32:47	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060029
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u>	AMBULÂNCIA DO SAMU		
<u>OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</u>			

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Cor: Verde
Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:		
QUEDAS	Evento recente		
Breve História Clas. Risco: relato de queda de moto com lesões em varias partes do corpo		21 AGO 2019	
		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coimbra de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Terezópolis	IRAILDES ALVES DE MOURA GOMES CRN 157540 Em: 19/05/2019 23:43:16
SSVV:	(Hora: :)		

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

QP: acd motociclistico + dor em braço dir

AVARIA: restando uso de capacete, ingeriu bebida alcoólica, trazida ao serviço em prancha rígida e com colar cervical

estável hemodinamicamente, avaliação tóracica e abdominal sem alterações, com provável fratura em antebraço dir

Diagnóstico Inicial: _____ CID: _____

(1110055) - ANTEBRAÇO DIREITO

Prescrição Médica: Paracetamol 500 mg

Digitized by srujanika@gmail.com

Motivo da Alta/Encerramento: Dr. Celso Augusto Mendes Coimbra

Observação (Adulto) DATA: / / Ortopedia e Traumatologia / CRM-RB 187507 11125

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 20/05/2019 00:21:05

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TELMA FERNANDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 00000100636-4

Nr. da Autenticação 4BBDFACD14B59725



Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 23077485

GIZELDA ALVES DA SILVA

R. PARAIBA, S/N , 1653/1

PIRAJA

64003460 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
7141718	06/2019	15/05/2019 a 13/06/2019
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
92	20/06/2019	R\$ 95,72

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

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



Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO

7141718

MÊS

06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 95,72

836700000000.957200170000.000000007146.171806190053



ÁGUAS DE
AE TERESINA

CNPJ 27.857.474/0001-06 - IE 135965574
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Sist. 2 - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38
20190603171217

FATURA Nº
MÊS/ANO
959854
6/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA - PI - cep: 64018650

LOCALIZAÇÃO

001-00041-005270

GRUPO
001
NÚMERO DO HIDRÔMETRO
Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO		UNI	FATURADO
15/2019	Lido	1	10
16/2019	Lido	1	10
17/2019	Lido	1	10
18/2019	Lido	1	10
19/2019	Lido	1	10
20/2019	Lido	1	10
21/2019	Lido	1	10
22/2019	Lido	1	10
23/2019	Lido	1	10
24/2019	Lido	1	10
25/2019	Lido	1	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TABELA

1 Residencial - Normal

DATA	LEITURA	
ANTERIOR	02/05/2019	143
ATUAL	03/06/2019	145

CONSUMO MÊS M3	LEI 10.746/2003
75.4641.550	1.26
75.4647.500	5.73

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL		DESCRICAÇÃO		VALOR	
18	2.8450	65	VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	10,0	28,45
25	5.0888	65	> Residencial-Normal	10,0	28,45
999999	9.1588	65	VALOR DE ESGOTO - 18,49	10,0	18,49
			> Residencial-Normal	10,0	18,49
			DUROS POR ATRASO	10/2018	2,71
			MULTA POR ATRASO	10/2018	0,80
			RELIBRACAO POR CORTE SIMPLES	01/01	25,01

NÃO RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO R\$ / M3 (R\$)

DESCRICAÇÃO	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	28,45
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	18,49
DUROS POR ATRASO	2,71
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIBRACAO POR CORTE SIMPLES	25,01

IRREGULARIDADES / ANOTAVELDADES

MENSAGEM

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJETO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis 8051/90 e 1445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, Inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15
pH	1865	1538	327	6,27	6,00-9,50
TURBIDEZ	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5
COLIFORMES TOTais					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	660	656	4	Ausência	Ausente
	660	660	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 03/06/2019 HORA DA EMISSÃO: 17:12

TC 1.38
20190603171217

ÁGUAS DE
AE TERESINA

MATRIZA
13428373-2

FATURA Nº
959854
MÊS/ANO
6/2019

VENCIMENTO
15/06/2019

VALOR A PAGAR
75,46

826800000000-0 75461535000-8 00281900095-5 98540100504-8

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

Declaração de Quitação Anual de Débitos

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Moreira de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303.00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) de Beneficiário Telma Fernandes da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 912.458.263-87 do sinistro de DPVAT cobertura Trabalho da Vítima Telma Fernandes da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 912.458.263-87 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua General José de Alencar, 1000
 Centro – Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

21 AGO 2019

Endereço	<u>Rua: Vinte e Quatro de Janeiro</u>	Número	<u>554</u>	Complemento
Bairro	<u>centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado
Email:		Telefone comercial (DDD)	<u>(86) 3218-650</u>	Telefone celular (DDD)

Ter. 30 de 08 de 19
 Local e Data

Keylly Moreira de Oliveira

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, João Víncios da Silva Barroso,
RG nº 4.183.817, data de expedição 30/02/15,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 079.430.993-38,

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. Magalhães Filho, nº 2593,

complemento Aeroporto, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Telma Fernandes da Silva, cujo o condutor era
Wagner Venâncio de Alcântara.

Veículo: MOTO Modelo: Honda/BRZ 150i Ano: 2019

Placa: QRT-1683 Chassi: 9C2JC7000KR 203262

Data do Acidente: 19/05/19

Local e Data: Teresina 25 Junho 2019

João Víncios da Silva Barroso

Assinatura do Declarante

Wagner Venâncio de Alcântara

Assinatura do Condutor

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

TERCERIA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Endereço: Rua Lourival Pinheiro, 1221 - Centro - CEP: 64025-200 - Teresina/PI - Telef: (86) 3221-2000 - Email: terceria@tjpi.jus.br

Assinatura: Anastácia Góes de Souza Ferreira

CONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO VÍNCIOS DA SILVA BARROSO, DOU FE. EM TEST. 01 DA VERDADE.
Teresina-PI, 25/06/2019.
www.tjpi.jus.br/portalextra.

DATA: 01/07/2019

Selo: AAD48147-N6HA

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Aurea Leticia Santos Silva

Escrevante Autorizada

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coimbra de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.000-470
Teresina-PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

VALOR: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 20
C DO PROP. VEÍCULO DPVAT



Dados do Chamado	01 N° do chamado 3253	02 Data do chamado 19/10/19	03 PRO (código) 7898	04 Saída do PA 2238	05 Chegada ao local 2244				
Local da Ocorrência	06 Saída do local 2317	07 Chegada ao 1º hospital 2331	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital					
Dados do Paciente	10 Endereço Avenida das Flores	11 Bairro Tapejara	12 Município-UF The	Código IBGE					
Local de Ocorrência	13 Ponto de referência convento								
Acidente de Transporte	14 Nome Telma Fernandes da Silva	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado							
Exame Físico	16 Idade 31	1-Dia 2-Mês 3-Anos 4-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
Assistência	18 Tipo de ocorrência 01-Accidente de transporte 02-Agressão física-espancamento 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	DEPARTAMENTOS DE SINISTRO CONTEÚDO NÃO VERIFICADO AGO 2018				
Hospital de Destino	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 Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para crianças	23 Glasgow = 11 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	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 92 Resp. PA 14X9 TAX. SatO2	25 Local da lesão
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais	27 Pulso Radial 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente	28 Sangramento 1-Sim 2-Não	29	30 Fratura 1-Sim 2-Não 3-Suspeito	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 5 Moderada 7 Intensa 10			
	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa/curta Colar cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	108mgl/dL				
	32 Hospital de Destino HUT						Não Removido		
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte							
	Paciente vítima de colisão de moto com carro passageira sem capacete suspeita de postura em fundo m.s.d. consciente orientada, alcotizada outra vítima sendo removida para 0202904.								
	Socorristas Médico AE/TE	Socorristas Enfermeiro Condutor							
	Responsável pela recepção	socorristas							



Alta

HOSPITAL
DE URGENCIA
DE TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DRIVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SECURADORA S.A.
Rua Croizo de Resende, 465 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE:

Tefma Fernandes da Cfc

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

511657

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



AMtoB

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: TELMA FERNANDES DA SILVA		Prontuário: 511657
Mãe: GESEUDA ALVES DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: R PARNAIBA 1650 - VILA OPERARIA - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 15/11/1974	Idade: 44a6m4d	Sexo: Feminino Fone: 86-99453-0105
Responsável: MESMA	CNS:	
Profissão: PROMOTORA	Documento: Reg.Nasc: NAO PORTA	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 722457	Entrada: 19/05/2019 23:32:47	Convênio: SUS	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Evento recente	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: relato de queda de moto com lesões em varias partes do corpo		21 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coimbra de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	IRAILDES ALVES DE MOURA GOMES CRN 157540 Em: 19/05/2019 23:43:16

SSVV: (Hora: ____ : ____)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

QP: acidente motociclistico + dor em braço dir

HDA: relata uso de capacete, ingeriu bebida alcóolica, trazida ao serviço em prancha rígida e com colar cervical

EF: estável hemodinamicamente, avaliação tóracica e abdominal sem alterações, com provável fratura em antebraço dir

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1220939) - ANTEBRAÇO DIREITO

Prescrição Médica:

PMOCOMtoB

CEP: 5526

Procedimento: 0408020109

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

Dr. Celso Augusto Mello Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM 28818 / TEC07 13125

Dr. Marcelo Lordeiro
CRM 3883 / CRM 21.703

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 20/05/2019 00:21:05



PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

Carvalho

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:		HORÁRIO			OBSERVAÇÕES
<i>Telmo Ferreira do Nascimento</i>	<i>Dr. Júnior Brilho</i>	<i>ORTOPEDIA</i>			<i>03:30h</i>	<i>03:30h</i>	<i>03:30h Admitido no Posto 02</i>
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
1 - Driecta Zeral Dri. 300ml							
2 - SF 0,9% 500ml FV de 12/12h							
3 - Dipirona 01 amp + ADEV 1/1h							
4 - Ferrotac 100mg + ADEV 1/1h							
5 - Ranitidina 50mg + ADEV 1/1h							
6 - Piásil 01 amp + FLEV 8/8h S/UN// 05/08							
7 - CCGG + SSVV							
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS							
DPMAT							
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO							
21 AGO 2019							
GENTE SEGURADORA S.A.							
Rua Coelho de Resende, 460 Log C							
Centro- Norte CEP: 64002-410							
Teresina-PI							
<i>Antônio José da Flóio</i>							
<i>Flávio José da Flóio</i>							
<i>Ornélia da Flóio</i>							
<i>Paulo M. Vitoza de Carvalho</i>							
<i>Acadêmico de Enfermagem - FSP</i>							
<i>Matr. 304425</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							
<i>Carvalho</i>							

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

206897

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	239399

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: TELMA FERNANDES DA SILVA	6 - Prontuário: 511657
7-CNS:	8-Nascimento: 15/11/1974
9-Sexo: Feminino	
11-Mãe: GESEUDA ALVES DA SILVA	12-Fone: 86-99453-0105
13-Resp: MESMA	14-Cor: Sem Informação
15-Ender: R PARNAIBA 1650 - VILA OPERARIA - CEP: 64069-990	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente com fratura da radio direito

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

21 - Condições que justificam a internação:

Trauado de Tio Henrique

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.082-470
Teresina-PI

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

Acerv + Exame fisi + R.

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C. Ass.:

5525

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Procedimento Solicitado:
0408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo SUS

2

28-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 000.058.973-00Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3918 TED: 13135
Ass. Carimbo RG. Sol. (CRM)33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:
CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA 19/05/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBO:
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: 47-Data Autorização:

48-Documento: (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
---	--------------------	--------------------------------

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:
Waldinei Venâncio de AlcântaraUsuário: (ELIENE SILVA)
Consulta Local: 732457
Consulta SUS:
Impressão: 20/05/2019 01:28:48



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20/03/19

NOME DO PACIENTE:	Tânia Fernandes da Silva	PRONTUÁRIO N°:	511657
DIAGNÓSTICO:	Fractura distal da	CIRURGIA:	Ortomíntes
ANESTESIA:	Bloco	Nº DA SALA:	02
CIRURGIA:	Dr. Fábio de Souza	CPF N°:	
AUXILIAR:	Flávia de Souza	CPF N°:	
ANESTESIA:	Dr. Lauter	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Glaucieleide	CPF N°:	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DIFAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 415 Log. C
Centro CEP: 64002-140
Tf: 3222-1111

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	01
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7,5		PAR	01
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7,0		PAR	02
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	10
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE		ML	100
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO		ML	100
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA		ML	-
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC		UNID.	02
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC		UNID.	01
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC		UNID.	01
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC		UNID.	-
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO		FRASCO	01
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL		UNID.	01
JELCO N°	UNID.			estradada		11	05
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				lupro			09
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	3,0	11	01				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							



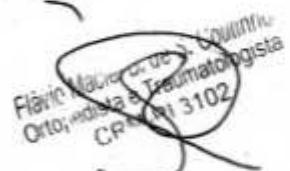
LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

HOSPITAL: HU CNPJ: _____
 PACIENTE: Wellmo Fernando da Silva N° AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Foi feito röntgen das costas
Neonatal 2/18 k. 29



Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR



DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

FOLHA DE ANESTESIA

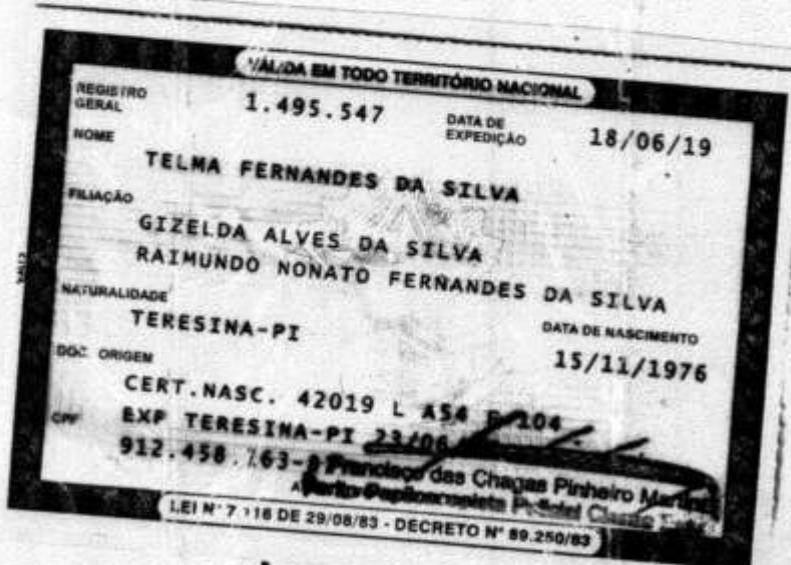
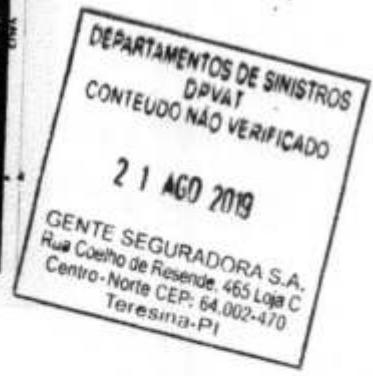


NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
DATA:	10/05/19	P. ARTERIAL 130x70	PULSO 80	RESPIRAÇÃO 16	TEMPERATURA 36.5	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA		HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DOPAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CRICULATÓRIO		21 AGO 2019				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA RESPIRATÓRIO		GENTE SEGURADORA Rua Coelho de Ribeiro, 1623 Centro - Nortz CEP: 54.002-000 Teresina-PI				SISTEMA GURINÁRIO	CORTICOIDES
SISTEMA DIGESTIVO		21 AGO 2019				ATARAXICOS	OUTROS
ESTADO MENTAL		FÍSICOS				APLICADO AS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO						EFEITOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3						
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	C° 260 240 38 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10						
P. ARTERIAL V O PULSO							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						1. Bloqueio de nervos 2. Bloqueio de nervos + unifem 3. 40% de Potassio 4. 50% de Potassio 5. 60% de Potassio e droga 6. 70% de Bloqueio de nervos 7. 80% de Bloqueio de nervos 8. 90% de Bloqueio de nervos 9. 100% de Bloqueio de nervos 10. 110% de Bloqueio de nervos 11. 120% de Bloqueio de nervos 12. 130% de Bloqueio de nervos 13. 140% de Bloqueio de nervos 14. 150% de Bloqueio de nervos 15. 160% de Bloqueio de nervos	
RESPIRAÇÃO O						DURAÇÃO	
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES						Bloco Anestésico	
CIRURGIÕES						Bloco Anestésico	
ANESTESISTAS						Bloco Anestésico	
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							
PARTICULARIDADES							
MOD 76 - HUT							

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Tetua, fermeado de ojo	
Diagnóstico pré-operatório	Fist radio distal dir.	
Operação - Tipo	Ressecção de radio distal dir.	
Cirurgião	Flávio Matheus de Oliveira Ortopedista e Traumatólogo CRM-PI 102	1º Assistente
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	20/05/2019	Inicio
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 21 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Barros, 463 Loja C Centro-Norte CEP: 64.062-470 Teresina-PI </div>	
Acidente Durante a Operação		
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) Bloqueio, sedação, 20% ongano, oxigênio, colar, redutor sob escopio e fixação percutânea elis K 2.0, evolutas. solo limo		



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Telma Fernandes da Silva
RG: 1.495.547 Orgão Emissor: SSP PI
CPF: 012.458.26387 Nacionalidade: Brasileira
Est. Civil: Solteira Profissão: Promotora de vendas
Endereço: Rua Paraíba Nº 3653/1
Bairro: Vila operária Cep: 64003460 Cidade/UF: Teresina PI
Telefone: 86 98807 7870 86 99472 9501

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro N° 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () ()



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

Vítima: Telma Fernandes da Silva
CPF: 012.458.26387 Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura solicitada: **Invalidade Permanente** **DAMS** **Morte**

Teresina 18 DE JUNHO DE 2019
Local e data

Telma Fernandes da Silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

<small>Cartório Themistocles Sampaio Sampáio</small>	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Rua Lúcio Meira, 1225 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0159 - E-mail: anotarias@teresina.pi.gov.br Títulos: <i>Assistente Geral/Assistente de Sampaio Pinto</i>	CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO 3º Ofício de Notas Alessandro Alves de Sousa Escrivane Autorizado: Teresina - PI ANTONIO / OFÍCIO DE NOTAS CONSULTE O SELO DIGITAL
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE TELMA FERNANDES DA SILVA. DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 18/06/2019. www.tjpi.jus.br/portalextra		selo: AAD23873-OUK9
ALESSANDRO ALVES DE SOUSA - ESCRIVANE AUTORIZADO		

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287994/19

Vítima: TELMA FERNANDES DA SILVA

CPF: 912.458.263-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: TELMA FERNANDES DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

TELMA FERNANDES DA SILVA : 912.458.263-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491796 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TELMA FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). P.9 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491796

Vítima: TELMA FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), TELMA FERNANDES DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

912.458.263.87

4 - Nome completo da vítima:

Telma Fernandes da Silve

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Telma Fernandes da Silve

6 - CPF:

912.458.263.87

7 - Profissão:

Promotora de Ventes

8 - Endereço:

Rue: Paráibas

9 - Número:

16 531

11 - Bairro:

Piçarras

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

Piúva

14 - CEP:

64.003.460

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(66) 994725541

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAÍS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0855

09

CONTA: 300636

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na Seguradora Lider, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância GEP-64.002-470, Teresina-PI.

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGURO
LIDER
SISTEMA DE SEGURO DA S.A.
LEI 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância GEP-64.002-470, Teresina-PI.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

31 - Vítima

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Sim

teve filhos?

Não

Vivos:

Falecidos:

Não

teve irmãos?

Não

Vivos:

Falecidos:

Sim

país/avôs vivos

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provissem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina o pedido

36 - CPF legível de quem assina o pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 20.08.19

Telma Fernandes da Silve

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Kelly junco elde

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
21 AGO 2019
ENTE SEGURADORA S.A.
Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI