



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002315/2019-78

Complementar ao BO Nº: 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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA ARTUR DE VASCONCELOS, Nº:

Complemento

542586

Data/Hora

19/05/2019 - 21:30

Bairro

ITAPERU

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA

RG: 19787961 SSP PI

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

Endereço: RUA DELFINO VAZ, Nº 2496

Bairro: PRIMAVERA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: TELMA FERNANDES DA SIEVA

RG: 1495547

Mãe: GIZELDA ALVES DA SILVA

Endereço: RUA DELFINO VAZ, Nº 2496

Bairro: PRIMAVERA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9453-0105

Tipo Envolv.: VITIMA

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

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

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 Nº 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 Venancio de Alcantara

WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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 Venancio de Alcantara

Wagner Venancio de Alcantara

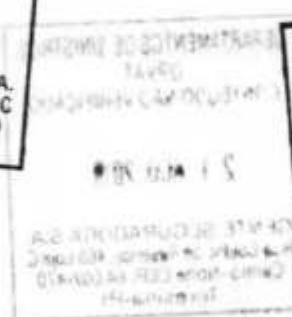
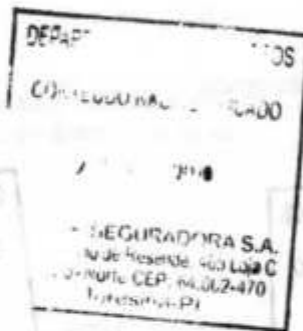
Averbante

Claudio

Claudio Costa de Sousa

Ag. de policia

108516-6



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 Silva

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

5 - Nome completo:

Telma Fernandes da Silva

6 - CPF:

912.458.263-87

7 - Profissão:

Procuradora de Vendas

8 - Endereço:

Rua: Penha

9 - Número:

16 53/1

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Pirajá

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64.003.460

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 994725541

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

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 (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:

100636 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúva

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 nação (se nascido)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos:

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e privarem 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 20.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



Dados do Chamado

01 N° do chamado: 3253
02 Data do chamado: 19/10/19
03 PRO (código): 7898
04 Saída do PA: 22:38
05 Chegada ao local: 22:44
06 Saída do local: 23:17
07 Chegada ao 1° hospital: 23:31
08 Saída do 1° hospital:
09 Chegada ao 2° Hospital:
10 Endereço:
11 Bairro:
12 Município-UF:
13 Ponto de referência:
14 Nome:
15 Sexo:
16 Idade:
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?

Local da Ocorrência

10 Endereço:
11 Bairro:
12 Município-UF:
13 Ponto de referência:
14 Nome:
15 Sexo:
16 Idade:
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?

Dados do Paciente

14 Nome:
15 Sexo:
16 Idade:
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?

Tipo de ocorrência

01 - Acidente de transporte
02 - Agressão física-espantamento
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

Acidente de Transporte

19 Vítima:
20 Meio de locomoção:
21 Outra parte envolvida:
22 Equipamentos de segurança:
23 Glasgow =
24 Sinais Vitais:
25 Local da lesão:

Exame Físico

23 Glasgow =
24 Sinais Vitais:
25 Local da lesão:

Assistência

26 Pupilas:
27 Pulso Radial:
28 Sangramento:
29 Escala de Dor de 0 a 10:
30 Fratura:
31 Procedimentos realizados:

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino:
33 Condições de entrada:
34 Óbito:
35 Não Removido:

Observações Interdisciplinar

paciente vítima de colisão de moto com carro, passageira sem capacete, suspenso de fratura em punho m.s.d. consciente, orientada, alcoolizada, outra vítima sendo removida pela PRO 2904.

Responsáveis

Responsável pela recepção:
Socorristas Médico:
Enfermeiro:
Condutor:
Versão: 27.11.2011



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

CM do R

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 20/05/2019 00:21:05

(User: WILLIAM MACHADO)

(Estação: CONSULPA03)

Nome: **TELMA FERNADES DA SILVA**

Mãe: **GESEUDA ALVES DA SILVA**

Pai:

Prontuário: **511657**

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**

Profissão: **PROMOTORA**

CNS:

G. Instrução: **Não informado**

Documento: **Reg.Nasc: NAO PORTA**

E.Civil: **Solteiro(a)**

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: **722457**

Entrada: **19/05/2019 23:32:47**

Convênio: **S U S**

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

Breve História Clas. Risco:

relato de queda de moto com lesões em varias partes do corpo

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

Cor:

Verde

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 Clinicos / Conduta:

QP: **acd motociclistico + dor em braço dir**

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

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

Diagnóstico Inicial:

?

CID:

Exames Complementares:

(1220939) - ANTEBRACO DIREITO

Prescrição Médica:

PMOC - CM do R do D

CEIO: 5525

Procedimento: 0408080407

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 8018 TEOD 13135

Dr. Marcelo Cordeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3583 / CRM-AL 7038

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: 000000100636-4

Nr. da Autenticação 4BBDFACD14B59725

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

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 7141718	MÊS 06/2019	PERÍODO DE CONSUMO 15/05/2019 a 13/06/2019
CONSUMO (kWh) 92	VENCIMENTO 20/06/2019	TOTAL A PAGAR 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

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

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



TC 1.38

38198493171217

MATRÍCULA

13428373-2

FATURA Nº

959854

MÊS/ANO

6/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE

JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO

001-00041-00:270

GRUPO

001

NÚMERO DO HODRÔMETRO

Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	UIDO	FATURADO
05/2019	Lido	01	10
04/2019	Lido	06	10
03/2019	Lido	02	10
02/2019	Lido	03	10
01/2019	Lido	00	10
12/2018	Lido	01	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA LETURA

ANTERIOR 02/05/2019 143

ATUAL 03/06/2019 145

CONSUMO MÊS M3

10

LEI 1874/2008

PS. 100% 75,46x1,50N= 1,24

CCV 10 75,46x7,50N= 5,73

TABELA DE TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

RESIDENCIAL	Faixa de Consumo M3/ 30 (N)	Valor
10	2.845,00	65
0	25	5.500,00
5	999999	9.150,00

DESCRIÇÃO	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	
> Residencial-Normal	10,00
JUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	10/2018
RELIQUAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO M3/ 10 (N)



15/06/2019

75,46

IRREGULARIDADES / ANO / VALIDADES

MESSAGEM

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Até 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços.
conforme Lei nº 445/2007, 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 A.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / M3	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
ODOR 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 A.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	Nº/DA / M3	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA 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

38198493171217

MATRÍCULA

13428373-2

FATURA Nº

959854

MÊS/ANO

6/2019

VENCIMENTO

15/06/2019

VALOR A PAGAR

75,46

82680000300-0 75461535000-8 00201900095-5 98540100504-8



Declaração de Quitação Anual de Débitos

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

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 Lorena de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Telma Fernandes de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 912.458.263-87 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Telma Fernandes de Sousa 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:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, DPVAT: residência no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço	<u>Rua: Vinte e Oito de Setembro</u>		Número	<u>554</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(86) 994729591</u>	

Ter, 20 de 08 de 19
Local e Data

Keylly Lorena 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 VINÍCIUS DA SILVA BARROSO
RG nº 4.183.817, data de expedição 10/02/15
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 079.430.993-38
com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de PERNAMBUCO
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 Alcantara
Veículo: MOTO Modelo: Honda/Biz 110i Ano: 2019
Placa: ART-1683 Chassi: 9C2JC7000KR203262
Data do Acidente: 19/05/19

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

Local e Data: TERESINA 25 JUNHO 2019

João Vinícius da Silva Barroso
Assinatura do Declarante

Wagner Venâncio de Alcantara
Assinatura do Condutor

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Litorânea, 1211 - Centro - CEP: 64.012-300 - Teresina-PI
Fone: (085) 3221-1010 - E-mail: registro@teresianacartorio.com.br

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO VINÍCIUS DA SILVA BARROSO. DOU FÉ. EM TEST. DA DA VERDADE.
Teresina-PI, 25/06/2019. Selo: AAD48147-N6HA

AUREA LETICIA SANTOS SILVA-ESCREVENTE
CPF: 3.853.853-77 FMM/PI: 0.10 Selo: 0.26 Total: 4.98 - OP: 20

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Aurea Leticia Santos Silva
Escrivente Autorizada

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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			
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	23 - Capacete 24 - Cinto de segurança 25 - Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 92 Resp. 14x9 PA 14x9 TAX. Sat02	
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sem Dor 2 - Leve 3 - Moderada 4 - Intensa 5 - 10	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	1 - Aspiração 2 - Prancha longa/curta 3 - Imobilização de extremidades 4 - Acesso Venoso 5 - Medicamentos a) b) c) 1 - Oxigênio 2 - Colar cervical 3 - Reanimação cardiopulmonar 4 - Assistência obstétrica 1 - Curativos 2 - Kred	HUT	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não 3 - Não Removido	
Observações Interdisciplinar					
paciente vítima de colisão de moto com carro, passageira sem capacete, suspiro de fratura em punho M.S.D. consciente orientada, alcoolizada, outra vítima sendo removida pela PBO 2904.					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
AE/TE		AE/TE		Condutor	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 AGO 2015
S.A. 466-470

Alta



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Figueiredo, 455 Lda C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE: Tefma Fernandes da Silva
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 511657

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua. Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

CM 10 B

Imp: 20/05/2019 00:21:05

(User: WILLIAM MACHADO)

(Estação: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: TEI MA 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: S U S	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	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: relato de queda de moto com lesões em varias partes do corpo		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 21 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Cosmo de Rosende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
		IRAILDES ALVES DE MOURA GOMES CRM 157540 Em: 19/05/2019 23:43:16

SSVV: (Hora: ____:____)

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

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

QP: acd motociclistico + dor em braço dir

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

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

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1220939) - ANTEBRACO DIREITO

Prescrição Médica:

RMOC - CM 10 B 10

CID: S52S

Procedimento: 0408020409.

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

Dr. Carlos Augusto Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM 30818 / RGO 12135Dr. Marcelo Cordeiro
ORIENTADOR - ORTOPEDIA
CRM 30818 / CRM 42472

Assinatura Paciente ou Responsável

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

Unidade

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
Telmo Fernandes do Selo						
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO		MÉDICO ASSISTENTE				
R. da Falsa Botão - ORTOPE.DIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
1 - Dieta geral Drg. Jorgel 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 1/1h 4 - Teronorm 20mg + ADEV 17/12h 5 - Ranitidina 5mg + ADEV 1/2h 6 - Plasil 01 amp + FLEV 8/8h SN/11 08:00 7 - CCGG + SSVV		03:30h 03:30h 06 08:00		03:50: Admitida no Posto OC 04:50: Apresentando vômitos 20/05/2019 - 08:15. Consciente, porém Falta (E.C.G.), Ecografia - DVB em MSE. Nega alergias e comorbidades. Des. Segue em farm. E na unidade de e.c. Paula M ^{te} Batista de Carvalho Acadêmica de Enfermagem UFPI Matr. 3018/13125		
Grupo hoi e A. Florio		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 21 AGO 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina - PI				
Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra		Ortopedia e Traumatologia CRM: 3018/13125				

MÉDICO / CRM:



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

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: 239399
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: TEIMA 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-Ende: 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: <i>Paciente com fratura de rádio distal</i>	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 21 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Lda C Centro-Norte CEP: 64.062-470 Teresina-PI
21 - Condições que justificam a internação: <i>Remido de TIO Brury</i>	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Arterio + Encefalograma</i>	
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da extremidade distal do rádio	24-CID Prim: S525 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.: Tempo SUS 2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020407	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	Tempo SUS 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 000.058.973-00	Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra Ortopedia e Traumatologia CRM: 39187 EOE 13135 Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CELSON ANTONIO MENDES COIMBRA	34-Data Solicitação: 19/05/2019	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBCE:
38- () 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-Documeto: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Waldineis Venancio de pl. com terra</i>		Usuário: (ELIENE SILVA) Consulta Local: 722457 Consulta SUS: Impressão: 20/05/2019 01:28:48



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20 / 09 / 19

NOME DO PACIENTE:	Prata Fernandes da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	511657
DIAGNÓSTICO:	Est. radio distal dir	CIRURGIA:	Osteomielite
ANESTESIA:	B12	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Dr. J. J. J. J.	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. J. J. J. J.	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Glauceide	CPF Nº:	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Lapa C
Cidade - Norte CEP: 64.002-400

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 Nº 7.5	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 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 Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.			eletrodos	"	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA	"	09	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				lepton			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	"	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Neves			
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: FMS CNPJ: _____
PACIENTE: Helena Fernandes da Silva N° AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Furto rodado do hospital dia 19.
Neonário 2/18 K. 20

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 0
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Flávio Márcio de S. Loureiro
Orto, mdia e Traumatologista
CRM 3102

DATA:

20/05/2019

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE				UNIDADE DE SAÚDE											
<div> <div> <div>DATA:</div> <div>20/05/19</div> </div> <div> <div>P. ARTERIAL</div> <div>130x70</div> </div> <div> <div>PULSO</div> <div>80</div> </div> <div> <div>RESPIRAÇÃO</div> <div>16</div> </div> <div> <div>TEMPERATURA</div> <div>36,5</div> </div> <div> <div>Nº DE REGISTRO</div> <div></div> </div> </div>															
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGÜÍNEO		HEMATIMETRIA		HEMOGLOBINEMIA		HEMATÓCRITOS		PESO		ALTURA			
EXAMES DE URINA										GLICEMIA		DOS. URÉIA			
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				SISTEMA CIRCULATÓRIO				SISTEMA RESPIRATÓRIO				SISTEMA DIGESTIVO			
ESTADO MENTAL				DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS			
AGENTES ANESTÉSICOS				OXIGÊNIO				LÍQUIDOS				TEMPERATURA T			
P. ARTERIAL				V. O. PULSO				INÍCIO E FIM ANESTESIA X				INÍCIO E FIM OPERAÇÃO			
RESPIRAÇÃO O				SÍMBOLOS				TÉCNICAS				OPERAÇÕES			
CIRURGIÕES				ANESTESISTAS				CONDICÕES POS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				INCIDENTE - ACIDENTE			
PARITICULARIDADES															

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 465 - J. 1
Centro - Fone CEP: 64.002-475
Teresina - PI

SEQUÊNCIA

1. Anestesia
2. Anestesia
3. Anestesia
4. Anestesia
5. Anestesia
6. Anestesia
7. Anestesia
8. Anestesia
9. Anestesia
10. Anestesia
11. Anestesia
12. Anestesia
13. Anestesia
14. Anestesia
15. Anestesia



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Telma Fernandes da Silva

Diagnóstico pré-operatório

Fract. radio distal dir.

Operação - Tipo

Alinhamento de radio distal dir.

Cirurgião

Flávio Maurício S. de
Ortopedista e Traumatologista
CRM 102

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

20/05/2019

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Sousa, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.062-470
Teresina-Pi

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Blowup, redução, 20K enxerto,
osteotomia, curvatura, redução
sob enxerto e fixação percutânea
e fix K 2.0, enertos. solo
limo

Flávio Maurício S. de
Ortopedista e Traumatologista
CRM 102

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Telma Fernandes da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.495.547 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/06/19

NOME TELMA FERNANDES DA SILVA

FILIAÇÃO GIZELDA ALVES DA SILVA
RAIMUNDO NONATO FERNANDES DA SILVA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 15/11/1976

DGC ORIGEM CERT. NASC. 42019 L 454 B 104
EXP TERESINA-PI 23/06

CPF 912.458.763-2

LEI N° 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Telma Fernandes da Silva

RG: 495.547 Órgão Emissor: SSP PI

CPF: 912.458.26387 Nacionalidade: Brasileira

Est. Civil: Solteira Profissão: Promotora de vendas

Endereço: Rua Paraibá Nº 3653/1

Bairro: Vila Operária Cep: 64003460 Cidade/UF: TERESINA PI

Telefone: 86 98807 7870 86 99472 9591

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira

RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte

Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí

Telefone: (86) 99472-9591 () ()

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

Vítima: Telma Fernandes da Silva

CPF: 912.458.26387 Data do Acidente: 19.05.2019

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

Teresina 18 DE JUNHO DE 2019

Local e data

Belma Fernandes da Silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro Marques, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina, PI - Fone: (86) 3221-0130 - E-mail: alessandro@teresiananotario.com.br
Título: Anistolia Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE TELMA FERNANDES DA SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 18/06/2019. www.tjpi.jus.br/portalexta. Cel: AAD23873-00K9

ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE AUTORIZADO



CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de Sousa
Escritor Autorizado
Teresina, PI
ANTONIO - OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287994/19

Vítima: TELMA FERNANDES DA SILVA

CPF: 912.458.263-87

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: TELMA FERNANDES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

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 SUPLEMENTARE) ☒ 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 Silva

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

5 - Nome completo: Telma Fernandes da Silva 6 - CPF: 912.458.263-87
7 - Profissão: Promotora de Vendas 8 - Endereço: Rua: Pernambuco 9 - Número: 16 10 - Complemento: 531
11 - Bairro: Pirajá 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.003.460
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (066) 994725541

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 085503 CONTA: 300636 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
CNPJ nº 06.908.465/0001-00
Teresina - PI

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 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 vitura (se nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 pedido

36 - CPF legível de quem assina o pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 20.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

VALIDO MOMENTE NO BRASIL



CAIXA
POUPANCA

5067 2251 6419 6414

5067

VALIDO ATÉ

10/24

TELMA FERNANDES DA SILVA
0855 013 00100636-4

elo

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

ENTE SEGURADORA S.A.
ua Coelho de Resende, 465 Loja C
entro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi