
Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190076439

Vítima: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEONARDO PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190076439

Vítima: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONARDO PEREIRA DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **LEONARDO PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **341**

Agência: **000007705**

Conta: **0000023204-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 603 27 779 365 Nome completo da vítima: Leonardo Pereira da Silva

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

Nome completo: Leonardo Pereira da Silva CPF: 60327779365
 Profissão: _____ Endereço: Rua João Guedes Pereira Filho Número: 74 Complemento: _____
 Bairro: meias II Cidade: Iguatu Estado: acará CEP: 63500-000
 E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:
 PECUOSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUANÇA (Somente para US\$ e outras opções. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 Nome do BANCO: ITAU
 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
 AGÊNCIA: 7705 CONTA: 23204 4
(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 o débito, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CNM) Divorçado Separado Judicialmente Viúva Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

Local e Data: Iguatu, 22/01/2019
 Nome: Leonardo Pereira da Silva
 CPF: 60327779365
 TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura: Excelsior Seguros
29 JAN 2019
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Leonardo Pereira da Silva
 Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



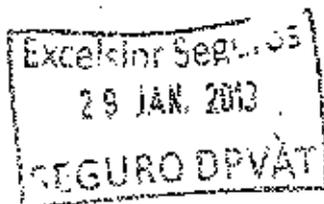
Banco Itaú S.A.

PROTÓCOLO DEPOSITO DINHEIRO CAIXA ELETRONICO
BANCO 341 CTR 000001 22/01/2013 15,20,56

AGENCIA: 7705 CONTA CORRENTE: 23204-4
R\$ 50,00
LEONARDO SILVA
CAIXA ELETRONICO 72447/7705-IBIATU

DEPOSITOS REALIZADOS APÓS O HORARIO DE EXPEDIENTE BANCARIO ESTÃO SUJEITOS A EFETIVAÇÃO SOMENTE NO DECORRER DO PROXIMO DIA ÚTIL. DEPOSITOS REALIZADOS NOS SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS SÃO EFETIVADOS NO DECORRER DO PROXIMO DIA ÚTIL.

SE HOUVER DIFERENÇA NO ENVELOPE, SERÁ LANÇADO O VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NÃO SERÁ ABERTO E PERMANECERÁ POR 08 DIAS NA AGÊNCIA ONDE FOI DEPOSITADO. PARA COMPROVAÇÃO, NESTES CASOS, APENAS PARA REGISTRO, O VALOR INFORMADO PELO CLIENTE SERÁ CREDITADO E ESTORNADO NO EXTRATO.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 60327779365 Nome completo da vítima: Leonardo Pereira da Silva

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

Nome completo: Leonardo Pereira da Silva CPF: 60.327.779.365

Profissão: Intendente Endereço: Rua Jacu, quadra Pereira Filho Número: 74 Complemento: _____

Bairro: Arceus II Cidade: Luzitânia Estado: CE CEP: 63500000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPOANÇA (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: ITAU

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: 7700 CONTA: 23 204 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, na 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.

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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez queassinale uma das opções:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.204/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia conciliação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vívina deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vívina deixou Sim Não Vívina deixou Sim Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? _____ pais/avós vivos? _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias 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 293 do Código Penal.

Assinatura: _____ Local e Data: Luzitânia 15/10/21/2019

Nome: Leonardo Pereira da Silva

CPF: 60327779365

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Leonardo Pereira da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: Excelsior Seguros

20-FEV-2019

Assinatura

2ª | Nome: SEGURO DPVAT

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



EMPRESA DE SERVIÇOS DE TI - E.S.T. S.A.
 Rua ... nº ... - ... - ...
 Fone: ... - ...
 E-mail: ...@est.com.br



EMPRESA DE SERVIÇOS DE TI - E.S.T. S.A.

Relatório de Incidência

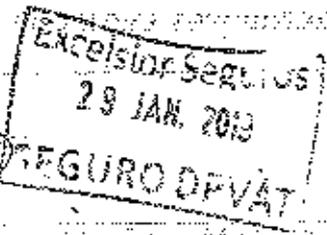
Nome do Cliente: ...
 Nome do Usuário: ...
 Endereço: ...
 Cidade: ...

Data de Referência: ...

Nome do Funcionário: ...
 Cargo: ...
 Descrição do Problema: ...
 Data de Início: ...
 Data de Término: ...

Descrição do Problema: ...
 O cliente relatou que ao tentar acessar o sistema, aparece uma mensagem de erro. Foi realizado o diagnóstico e constatou-se que o problema é decorrente de uma configuração incorreta no servidor. Foi realizada a correção e o sistema voltou a funcionar normalmente. O cliente agradece a rápida resolução do problema.

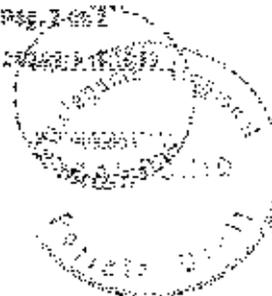
Assinatura do Técnico: ...



Assinatura do Cliente: ...

Assinatura do Responsável Técnico: Leonardo Pereira da Silva

Assinatura do Cliente: ...



Impressão nº 2018024024

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 478 - 7557 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÁNSITO
 Data / Hora da Comunicação: 17/12/2018 10:53:22
 Data / Hora da Ocorrência: 15/05/2018 19:45:00
 Endereço de Ocorrência: RUA ANTONIO MENDONÇA
 Complemento:
 Bairro: Município: IGUAU/CE
 Ponto de Referência:

Excelisior Seguros
 20 FEV. 2018
 SEGURO DPVAT

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: LEONARDO PEREIRA DA SILVA
 Nascimento: 05/05/1992 CPF:
 RG : Orgão Emissor: UF:
 Filiação: MARIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA
 SEVERINO PEREIRA DA SILVA
 Endereço: RUA JOÃO GUEDES PEREIRA SILVA
 Bairro: AREIAS II
 Município: IGUAU/CE CEP:
 País: BRASIL Telefone: (88) 98831-9243

Histórico

Compareceu a esta delegacia o DECLARANTE e informado de que falsa comunicação de crime e contravenção penal Art 340, do CPB, informou que no local e horário supracitado, trafegava de garupeiro, na moto acima cadastrada, tendo como CONDUTOR JOSE RONALDO ALVES ANORADE, que sofreu as escoriações; Que o condutor perdeu o controle da moto vindo a cair e sendo socorrido por populares para o Hospital Regional de Iguaú, e sendo atendido pelo Dr. FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS, que segundo o laudo médico, teve FRATURA DE RÁDIO NO BRAÇO ESQUERDO PASSANDO POR CIRURGIA; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.
 Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade de DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINA: DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ROBERTO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Leonardo Pereira da Silva

VISTO DO DELEGAD(A):

WESLEY ALVES DE ARAUJO - MAT.: 300349-1-1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 6032779365 Nome completo da vítima: Leonardo Pereira da Silva

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

Nome completo: Leonardo Pereira da Silva CPF: 6032779365
 Profissão: _____ Endereço: Rua João Guedes Pereira Filho Número: 74 Complemento: _____
 Bairro: União II Cidade: Ipurua Estado: CEARA CEP: 63200000
 E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:
 RECURSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: SANTO

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 7705 CONTA: 23204 4
(Informar o dígito se existir) (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/resgate 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.

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

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

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

Peo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ho Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou descendente (vai nascer)? Sim Não 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 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.

Assinatura do Representante Legal (se houver)
 Assinatura do Procurador (se houver)

Local e Data: Ipurua 22/01/2019
 Nome: Leonardo Pereira da Silva
 CPF: 6032779365

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Leonardo Pereira da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
Exec. Líder Seg. 05
28 JAN. 2019
 2ª | Nome: _____
SEGURO DPVAT

Assinatura
 Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Proprietário 122524	Atendimento 0001	Nome do Paciente LEONARDO PEREIRA DA SILVA	CNS	Guia de Autorização
Documentos CPF: 203.277.793-05	Data de Nascimento 05/05/1992	Local SAO PAULO/SP	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Idade 26 Anos(s)	Nome SEVERINO PEREIRA DA SILVA FILHO	Mãe MARIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA	UF CE	Telefone 88988319243
Endereço RUA 25 DE MARÇO, 48	Bairro BRASILIA	CEP 53500-000	Município IGUATU	
Profissão	Empresa	Cônjuge		
Responsável VANESSA	CPF do Responsável	Endereço RUA 25 DE MARÇO, 48	Município IGUATU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 15/09/2018	Hora 19:46	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS	CRM/UF 04592/CE	Indicador de Acidente	Funcionário LUCIENE GOMES RIBEIRO	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Diagnóstico	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (mmHg)
				PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente vítima de acidente automobilístico (queda), após ser resgatado, apresenta-se neste momento consciente e orientado, com queixa de dor em MSE. Ao exame, abdome livre. Glasgow 15.

Rx de braço e antebraço esquerdos.
 Rx de tórax.

o deslocamento do AMP 3M 20/10
 o deslocamento do AMP 7 Rol 20/10
 o SF. O. 9.1. S. 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 1000.

Dr. Jones Almeida Gonçalves
 Cirurgião Geral / Cirurgião Especialista
 CRM: 123456

Excelsior Seg. S.p.S
 29 JAN. 2019
 SEGURO DPVAT

FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS - CRM: 04592

Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: VANESSA

Paciente ficou em Rx

00260723 PAR BES
 LIONARDO PEREIRA DA SILVA
 SEVERINA PEREIRA DA SILVA
 MARIA GUILLE ALEXANDRE DA SILVA
 SAO PAULO - SP
 CERT NABO 14465 L A 56 F
 JARDIM SAO PAULO - SP
 00027778865

Expiram Serviços
 29 JAN. 2013
 SEGURO DPVAT

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE BHATI
 Rua Desembargador Carlos Lima, 792 - Praia - Iguatu-CE
 CEP: 63.500-000 - QNFI, 07.500 133.001.48
 Fone: (48) 3666-7201/199 (24x) 3666-7201/199
 E-mail: saab@saab.ce.gov.br

ENDEREÇO: Rua Desembargador Carlos Lima, 792 - Praia - Iguatu-CE
 Nº: 00260723 PAR BES
 Data: 07/2018
 Nº de Medição: 25/01/10
 Localização: 09.00.12.0000012030
 Nº de Cliente: 180200911

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR
 MARIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA
 RUA JOÃO GUEDES PEREIRA FILHO 74 - AREÍAS II
 CEP: 63.500-000 - IGUATU-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		29,00
16	MULTA POR ATRASO - 05/2018		0,59
17	LICARGOS (05/2018) 17 DIAS		0,77
42	CONTRIBUIÇÃO A P A E		1,00

HIDROMETRIA

LEITURA	DATA
ANTERIOR: 1302	19/09/18
ATUAL: 1302	26/07/18
CONSUMO: 00	DIAS: 32
LEITURISTA: 02	CCO: 00

ÚLTIMOS CONSUMOS

MÉDIA (l/m³)	JAN	FEV	MAR	ABR	MAY	JUN
0	0	0	3	1	0	0

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

PARÂMETRO	PADRÃO ATE 1500	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
PH	6 a 9	01	7,55
CHLORO	ATE 5MG	01	0,00
TURBID	ATE 5 NTU	01	0,16
FLUOR	ATE 1,5	01	0,21

DÉBITO(S):
 EXISTE(M) 01 FATURA(S), TOTALIZANDO EM R\$ 29,36
 VENCIMENTO: 27/07/2018 VALOR R\$ 29,36

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Ronaldo Alves Andrade,
RG nº 2008029278636, data de expedição 22/10/2009
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 950.771.733-34, com
domicílio na cidade de Iguatu, no Estado de
CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Pedro Gomes, nº 238,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Leonardo Pereira da Silva, cujo o condutor era
José Ronaldo Alves Andrade.

Veículo: motocicleta
Modelo: YAMAHA YBR 125X
Ano: 2007 / 2008
Placa: H4X 6545
Chassi: 926KE092020173054
Data do Acidente: 15/10/2018
Local e Data: Iguatu 17/12/2018

CARTÓRIO
Dona Clara

José Ronaldo Alves Andrade
Assinatura do Declarante

José Ronaldo Alves Andrade
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Excelsior Seguros
29 JAN. 2013
REGUO DPVAT

02

RESERVA A/S FIRMAS: CE
José Ronaldo Alves Andrade
José Ronaldo Alves Andrade

For. Same marca
 For. Autenticada
Do. vs. Iguatu-CE
Em. 17 DEZ 2018

Roberto Sérgio Rocha da Silva - Tabelião
Rua Antônio da Rocha Bezerra - Subst. turc
Bairro: R. Rocha Cavalcante - S. José: teta

Atendimento ao Cliente
0800-075.257-573-00
Lacração Autenticada

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Profissional	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
22524	0001	LEONARDO PEREIRA DA SILVA		
Documentos				
CPF: 603.277.130-65			Estado Civil	Sexo
			Solteiro(a)	Masculino
Data de Nascimento	Local			Idade
05/05/1992	SAO PAULO/SP			26 Ano(s)
Pai	Mãe			
SEVERINO PEREIRA DA SILVA FILHO	MARIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA			
Endereço	Cidade	CEP	Município	UF
RUA 25 DE MARÇO, 48	BRASILIA	03500-000	IGUA TU	CE
Telefone				
88888319243				
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
VANESSA		RUA 25 DE MARÇO, 48	IGUA TU	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
15/09/2018	19:46	SUS		
Profissional de Atendimento	CRIZOF	Tipo Atendimento		
FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS	04592/CE	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA		
Facilitador de Atendimento	Funcionário			
	LUCIENE GOMES RIBEIRO			
Ortografia				
Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída	
			<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Óbito	
Sinais vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	F (bpm)	R (rpm)

Objetivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente vítima de acidente automobilístico (queda), após ser incapaz, apresenta-se neste momento consciente e orientado, com queixa de dor em MSE do crânio, abdome livre. Glasgow 15

Rx de braço e antebraço esquerdos.
 Rx de tórax.

relatório de AMP EM 20/10
 relatório de AMP + RAJ 21/10
 SF. D. 9% SPO2M: 92%
 embolia pulmonar com sigeflex
 do do tórax

Dr. Jonas Almeida e Santos
 Cirurgião Geral / Ortopedia
 SP 015.135.135

Excelsior Seguros
 29 JAN 2018
 REGUO DPVAT

FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS - CRM: 04592

Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: VANESSA

Prontuário pessoal RA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o(a) Sr. (a),

Leandro P. Silva

Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por motivo de doença, devendo:

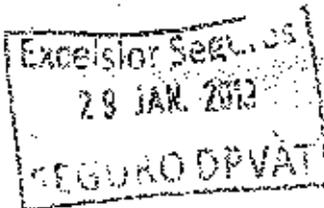
Retornar ao trabalho.

Ser dispensado no dia de hoje.

Permanecer afastado do trabalho (60) sessenta dias a partir de _____.

Observações: _____

CID: S22



IGUATU, 16 de 10 de 2013

DR. CLEYDE ATILA
Médico de Família e Comunidade
CRM 12121
R. São João, 100 - Iguaçu - Foz de Iguaçu - PR

ASSINATURA F. CRM

23.817.0341750

C.C

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome LEONARDO PEREIRA DA SILVA		Prontuário/Atendimento 122529001	
Nascimento 05/05/1962	Local SAO PAULO	País Nacionalidade Brasil	Idade 29 Anos
Sexo Masculino	Raça/Cor Branca	Estado Civil Solteiro(a)	Religão
CPF: 603.277.793-88		CNS 70.0905.824.8486-41	
Endereço RUA 26 DE MARCO	Nº 48	Bairro BRASILIA	Município IGUATU-CE
Fone (86) 33631-9243	Profissão	Empresa	Poss. Empresa
Endereço Responsável		CPF do Responsável	
Mãe MÁRIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA		Pai SEVERINO PEREIRA DA SILVA FILHO	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data Hora 26/09/2018 13:12	Quarto/Leto 408-0001	Apresento ENFERMARIA	Clinica CL. CIRURGICA	Sector CLINICA CIRURGICA
Convênio SUS	Medicada	Autorização	Dias 0	Scale
Médico FRISCIANO SOARES DE FRANÇA		CRN 525481		
CID Principal S52.9 Fratura do antebraço, parte não especificada		CID Complementar S52.9 Fratura do antebraço, parte não especificada		
Observação				
Operadora ANA KELE RODRIGUES	Procedimento SUS		Responsável	
Data Entrada 27/09/18	Hora 11:00	Condição de Saída alta hospitalar	Uso de Dado	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

0703030899 (11.095)

Excelente SABL. OS
29 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

IGUATU, 26 de setembro de 2018.

Assinatura do paciente
Responsável pelo Imprescrito: ANA KELE RODRIGUES

Assinatura do responsável



Sistema Informatizado
de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Francisco Pereira da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/05/1992

9 - SEXO

MASC FEM

10 - RACIA

13

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

Maria Onilde Alexandre da Silva

11 - TELEFONE

222

12 - TELEFONE DO CONSULTÓRIO

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua 26 de Marco

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Siquetú

15 - CDD. DESEMPENHO

05

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paralisação progressiva do membro superior direito

EXCERTE DO LAUDO
29 JAN. 2013
REV. ORTO

18 - CONDIÇÃO DE JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Neurológica de origem

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

Anomalias à tomografia para o R. ...

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Paralisação de membro

21 - CID 10 PRINCIPAL

S 92.3

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Out hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

10101810204213

26 - CDD

27 - GRUPO DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CONSIP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - Nº DOCUMENTO (CONSIP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - Nº DOCUMENTO (CONSIP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - Nº DOCUMENTO (CONSIP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - Nº DOCUMENTO (CONSIP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - Nº DOCUMENTO (CONSIP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35 - Nº DOCUMENTO (CONSIP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Paulo Sérgio de F.

37 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/03/12

38 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

[Assinatura e Carimbo]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	36 - SÉRIE
40 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TIPO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNES DA EMPRESA	41 - CDD
41 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> EMPREGADO	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO
	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - CDD. CATEG. EMISSOR	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CONSIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Fronteira: 122824	Atendimento: 0005	Nome do Paciente: LEONARDO PEREIRA DA SILVA	CNS	Categoria de Autorização
Documento(s): CPF: 803.277.793-05		Estado Civil: Solteiro(a)	Sexo: Masculino	
Data de Nascimento: 09/05/1992	Local: SÃO PAULO/SP		Idade: 24 Anos(s)	
Mãe: SEVERINO PEREIRA DA SILVA FILHO		Pai: MARIA ONZIDE ALEXANDRE DA SILVA		
Endereço: RUA 26 DE MARÇO, 48		Bairro: BRASÍLIA	CEP: 63600-000	Município: IGUAÇU
UF: CE		Telefone: 88988319243		
Responsável: LEONARDO PEREIRA DA SILVA	CPF do Responsável:	Endereço: RUA 26 DE MARÇO, 48	Município: IGUAÇU	UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 26/09/2016	Hora: 07:15	Cobertura: SUS	Região: CE
Profissional de Atendimento: PRISCILIANO SOARES DE FRANÇA		CRM/UF: 025481/CE	Tipo Atendimento: RETORNO
Indicador de Atividade:		Funcionário: APARECIDA NEILA BARROS DAS NEVES	
Descrição:			
Data:	Duração Liberação: / / às hs.		Tipo de Serviço: () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais			
Peso (kg):	Altura (cm):	T (°C):	P (bpm):

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conclusão)

Fratura do pé direito do lado esquerdo.

CD. Ortopedia

Excelência Seguros
 29 JAN. 2012
 SEGURO DPVAT

Dr. Prisciliano Soares de França
 CRM: 025481/CE



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE <i>Leonardo Pereira de S. L.</i>		N° DO PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO <i>20/01/2013</i>	ENF.	LEITO	
OPERADOR <i>Excelsior Seguros</i>		1° AUXILIAR	
2° AUXILIAR	3° AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			
<i>Prostata hiperplásica de volume L.</i>			
TIPO DE OPERAÇÃO			
<i>Prostatectomia</i>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			

Excelsior Seguros
29 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e Tec. Ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto viscerais.

Exame em supino dorsal com o paciente em posição de Trendelenburg em 45°. Drenagem por plano abdominal, redireção e parâmetro da próstata com o plano de 5,5 cm. Sutura por planos. Curativo.

Dr. *Excelsior Seguros*
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Juntas
R. *Excelsior Seguros*

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

Leandro Pereira de Souza
Compareceu neste hospital no dia de hoje das _____ h às _____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

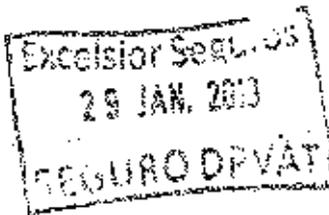
() Ser dispensado no dia de hoje.

(X) Permanecer afastado do trabalho (03) semanas
dias a partir de hoje.

Observações: Falta de documentação

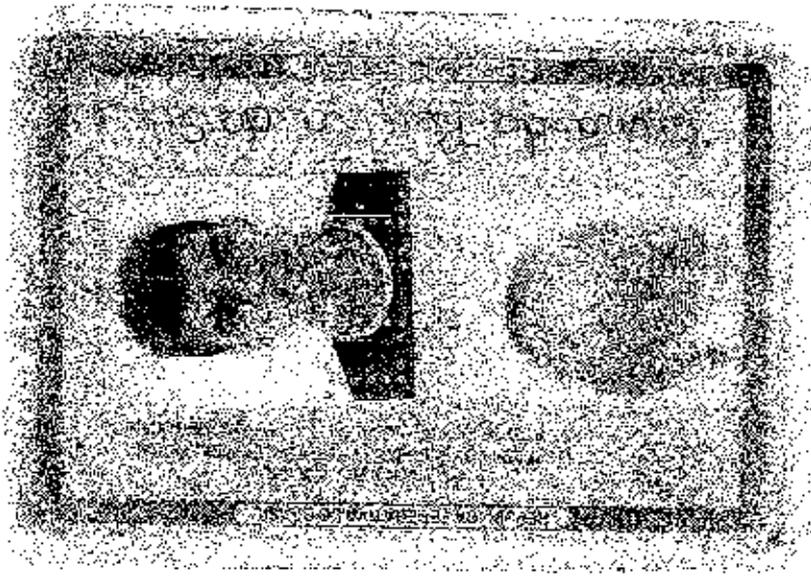
CID: _____

IGUATU 27 de 9 de 2018.



ASSINATURA E CRM

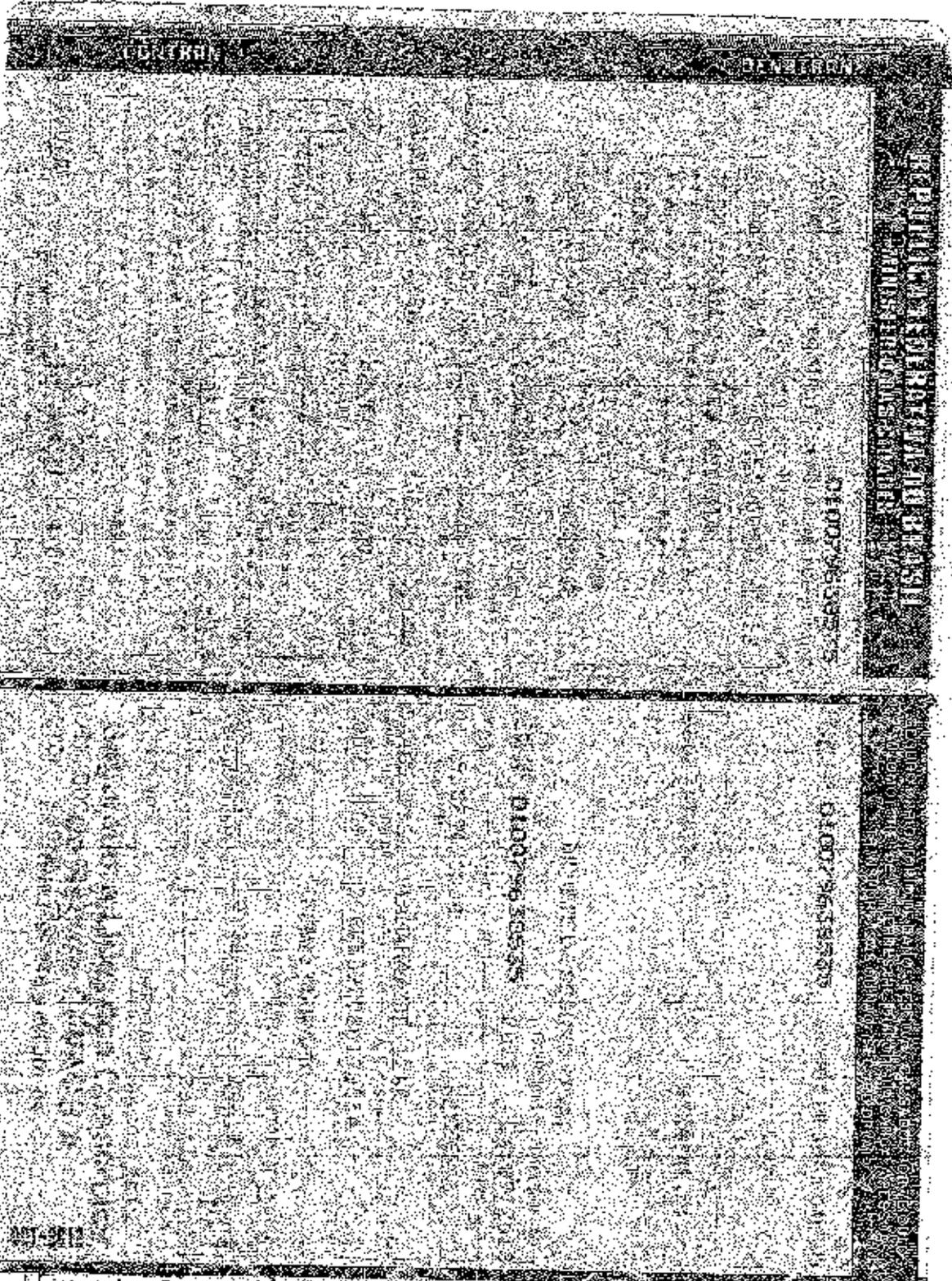
▷ Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson Melo Távora s/n
Cocobé
63500-000 Iguata CE
Tel 55 88 3510 1250



Excelsior Seguros
29 JAN. 2012
SEGURO DPVAT

DINERO	DEMANDA
<p>1. ...</p> <p>2. ...</p> <p>3. ...</p> <p>4. ...</p> <p>5. ...</p> <p>6. ...</p> <p>7. ...</p> <p>8. ...</p> <p>9. ...</p> <p>10. ...</p>	<p>1. ...</p> <p>2. ...</p> <p>3. ...</p> <p>4. ...</p> <p>5. ...</p> <p>6. ...</p> <p>7. ...</p> <p>8. ...</p> <p>9. ...</p> <p>10. ...</p>
<p>11. ...</p> <p>12. ...</p> <p>13. ...</p> <p>14. ...</p> <p>15. ...</p> <p>16. ...</p> <p>17. ...</p> <p>18. ...</p> <p>19. ...</p> <p>20. ...</p>	<p>11. ...</p> <p>12. ...</p> <p>13. ...</p> <p>14. ...</p> <p>15. ...</p> <p>16. ...</p> <p>17. ...</p> <p>18. ...</p> <p>19. ...</p> <p>20. ...</p>

Excelisior Reg. 105
 29 JAN. 2013
 REGURO DPVAT



Excelsior Seguros
29 JAN. 2012
SEGURO DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190076439

Cidade: Iguatu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 15/09/2018

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190076439

Cidade: Iguatu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 15/09/2018

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032803/19

Vítima: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 603.277.793-65

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 15/09/2018

Titular do CPF: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LEONARDO PEREIRA DA SILVA : 603.277.793-65

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: 29/01/2019
Nome: LEONARDO PEREIRA DA SILVA
CPF: 603.277.793-65

LEONARDO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019
Nome: FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO
CPF: 392.335.963-20

FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032803/19

Número do Sinistro: 3190076439

Vítima: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 603.277.793-65

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 15/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

LEONARDO PEREIRA DA SILVA : 603.277.793-65

Autorização de pagamento

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: 20/02/2019
Nome: LEONARDO PEREIRA DA SILVA
CPF: 603.277.793-65

LEONARDO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2019
Nome: FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO
CPF: 392.335.963-20

FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO