



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde

Paciente: ANTONIO FILHO DOS SANTOS
Nascimento: 09/07/1963

LAUDO MÉDICO

Atesto que paciente supracitado, vítima de acidente de trânsito, apresentou fratura de tibia esquerda, tendo sido operado com placa e parafusos além de pinos intraósseos, ficou internado durante mais de 07 dias. Apresenta alta definitiva atual, evolui com dor e limitação com impotência funcional membro inferior esquerdo de 60 %.

CID-10: S822/ S823/ M191

Teresina, 09/10/2018

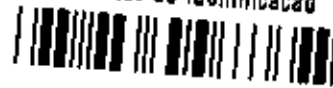
Dr. Glauson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-Pi 2775 / TERT 10674
Dr. GLAUSON TUQUARRE NASCIMENTO
CRM 2775

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3131-6666 / 3221-6174 • www.neoclinica.net.br



Documentos de Identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

CPF: 156.729.482-00

Data Nascimento: 10/07/1963

Filiação: ANTONIO PAULO DOS SANTOS
MARIA EMILIA DO ESPIRITO SANTO

Observações: HABILITADO E/ MOTOTAXISTA
APTO PARA TRANSPORTE REMUNERADO

Assinatura: Antonio Filho dos Santos

Local: TERESINA

Data de emissão: 15/03/2015

Assinatura do Emissor: [Assinatura]

Detalhamento: [Detalhamento]

VALIDADE: 10/07/2020

160435899

PROIBIDA PLASTIFICACAO

SENADORA LIDER DPART DO 10/10/2017 hora: 11:42 - 375468

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTADO: **PIAUÍ** DATA DE EMISSÃO: **02/06/2004**

TITULAR: **ANTONIO FILHO DOS SANTOS**

FILIAÇÃO: **ANTONIO PAULO DOS SANTOS**
MARIA EULIA DO ESPIRITO SANTOS

NATURALIDADE: **SÃO ESTEVO DO PIAUÍ - PI** DATA DE NASCIMENTO: **09/07/1963**

DOC. QUEM: **CERTIDÃO CAS 2603 FLS 37 LIV 002-P**
UNC OF SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI

156.729.482-00 *Heitor Américo de Souza Neto*
2 VIA Polícia Aracaju do Brasil - Sec. de Identificação

LEI Nº 7.113 DE 2003 **P 1**

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Carteira de Identidade

Polícia Dileite

Assinatura do Titular
Antonio Filho dos Santos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SEBASTIÃO LIDER DEPART DO 10/10/2017 hora: 11:41 - 375463

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1160435899

NOME
ANTONIO FILHO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
527663 SJSP PI

CPF
156.729.482-00

ORGANIZACAO
09/07/1963

FUNCAO
ANTONIO PAULO DOS SANTOS
MARIA EMILIA DO ESPIRITO SANTO

DEFICIENCIA
NÃO

ACC
NÃO

CAT.VEIC
A3

INSCRIÇÃO
01453987892

VALIDADE
10/07/2020

EMISSÃO
15/03/1992

OBSERVAÇÕES
HABILITADO P/ MOTOTAXISTA
APTO PARA TRANSPORTE REMUNERADO

Assinatura do Portador: Antonio Filho dos Santos

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
16/07/2015

50284740590
P1315877537

DETRAN-PI (PJAUI)

PROBANDO PLASTIFICAR
1160435899

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO.
06 JUL. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
7 - Noroeste - 64000-000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476263

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
06 JUL. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
7 - Norte CEP: 64.000-000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 529 L 63/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170075850 Nº 012B9B3935B6
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COTA ÚNICA / ANO 2017
1 1065268901

ANTONIO FILHO DOS SANTOS

PLACA ANT. UE 15672948200

PLACA ANT. UE 15672948200

PLACA ANT. UE 15672948200

PAB/MOTOCICLO/NOVA TIPO

HONDA/NXR160 BROS. ESD

002P/162CC

COTA ÚNICA

PREMIO TARIFARIO (R\$)

SEGURD. OBRIGATORIA

SEM RESTRICÇÕES

TERESINA

ASSISTENTE DO REGISTRO

25/8/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS CILINDRO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012B9B3935B6 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetranlis.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1101

VIA COTA ÚNICA / ANO 2017
1 15672948200

RENKAM

1065268901

2015

PREMIO TARIFARIO

81,28

4,15

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CHPJ 08.346.668/0001-04

31/07/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

06 JUL. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
7 - Noroeste - 64.000-000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407911/17
Vítima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS
CPF: 156.729.482-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/05/2016
Titular do CPF: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



ANTONIO FILHO DOS SANTOS : 156.729.482-00

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/10/2017
Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 156.729.482-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2017
Nome: JOSE LUIS CARNEIRO RIODES
CPF: 601.253.657-72

ANTONIO FILHO DOS SANTOS

JOSE LUIS CARNEIRO RIODES

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANTONIO FILHO DOS SANTOS
 DATA DO ACIDENTE 02/05/2016 CPF DA VÍTIMA 156.729.482-00
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR N VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA MIGUEL COUTO, 2445
 Nº COMPLEMENTO BAIRRO LOURIVAL BARENTE
 CIDADE TERESINA UF PI CEP 64023-550
 E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO INL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INL, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04.10.2017IDENTIDADE 527 663ASSINATURA Antonio Pizolodos santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 04.07.17 MATR. CORREIOSNOME Maísa GonçalvesGênero ACIBB Isaque Pizolo-Torres
ASSINATURA MAI 8.528.273.4



02/10/17 11:41

Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

DIAGEMED

DIAGEMED TERESINA - (86) 3221-5378 Rua Taunaturgo de Azevedo, 2112, Centro/Sul ID: 34078

Data: 23/06/2016

Tec.: 005

ADISA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180311596 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/05/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA EM _24/07/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180311596 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/05/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA EM _24/07/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180311596 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/05/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMPLETA, OBLIQUA NAS METAFISES TIBIA E FIBULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA , COM EDEMA SIGNIFICATIVO E PSEUDOARTROSE LOCAL, EDEMA SIGNIFICATIVO DE TORNZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Filho dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Divorciado
Identidade: 527663
CPF: 15672948200
Profissão: mototaxista
Endereço: Rua Miguel Couto S/N 2445 Lourival Parente
CEP: 64023550
Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565

OUTORGADO:

Nome: Delle Roze Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840173173-91
Profissão: Recurso-me
Endereço: Rua 24 de janeiro S/N Centro Norte
CEP: 64.000235
Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565



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

Teresina piaui 27.06.18
Local e data
Antonio Filho dos Santos
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

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



CARTÓRIO
DJALMA VELOSO

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

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO FILHO DOS SANTOS,
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 27/06/2018.
Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Se: 0,25 Total: R\$ 4,66 (R\$ 4,66) (F240P186)

FRANCISCA JULIANA UCHOA SANTOS - Escrevente

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247403/18

Número do Sinistro: 3180311596

Vítima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

CPF: 156.729.482-00

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/05/2016

Titular do CPF: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 11/10/2018
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO FILHO DOS SANTOS** Sinistro: **3170563923** Data: **02/05/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **R MIGUEL COUTO, 2445 - LOURIVAL PARENTE - Teresina - PI - CEP 64023-550**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **527663**

Data local do exame: [**05/12/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FRATURA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA). AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA FIXADOR EXTERNO NA PERNA ESQUERDA, POR ACIDENTE EM (17.05.2017). OBSERVA-SE ENCURTAMENTO DO MEMBRO, IMPORTANTE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, COM HIPOTROFIA MUSCULAR.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NOS 02 ACIDENTES.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(**X**) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

FAVOR ATENTAR QUE ESSA VÍTIMA POSSUI SINISTRO ANTERIOR REFERENTE A OUTRO ACIDENTE OCORRIDO EM 14/11/2013 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO. REALIZADA PERÍCIA MÉDICA EM 10/04/2014 COM DESCRIÇÃO: CEFALIA PÓS TRAUMÁTICA, DEFICIT DE ATENÇÃO E MEMÓRIA PÓS TRAUMÁTICA, TONTURA PÓS TRAUMÁTICA. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UM DÉFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL. NÃO VALORADO POR IMPOSSIBILIDADE DE DEFINIR AS SEQUELAS PROVENIENTES DO ACIDENTE DE 2016 E DO ACIDENTE DE 2017. VÍTIMA AINDA COM FIXADOR METÁLICO.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FILHO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180311596**

Vítima: **ANTONIO FILHO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **02/05/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180311596**.

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13084712



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FILHO DOS SANTOS**

Sinistro: **3180311596**
Vítima: **ANTONIO FILHO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **02/05/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180311596** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Carta nº: 13175190

A/C: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180311596
Vítima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS
Data do Acidente: 02/05/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000001637-3

Conta: 000010006561-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO FILHO DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180311596
Vitima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS
Data do Acidente: 02/05/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180311596**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PRE _____

Autorização de pagamento



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANTONIO FILHO DOS SANTOSPORTADOR(A) DO RG Nº 527 663 EXPEDIDO POR SSP - PF EM 02/06/2007 E 4CPF 056729482-00 /CNPJ _____, PROFISSÃO AUTOMOTIVO

E RENDA MENSAL DE R\$ 3.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA 1637-3 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 6561-7

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL TERESINA DATA 04/10/2017

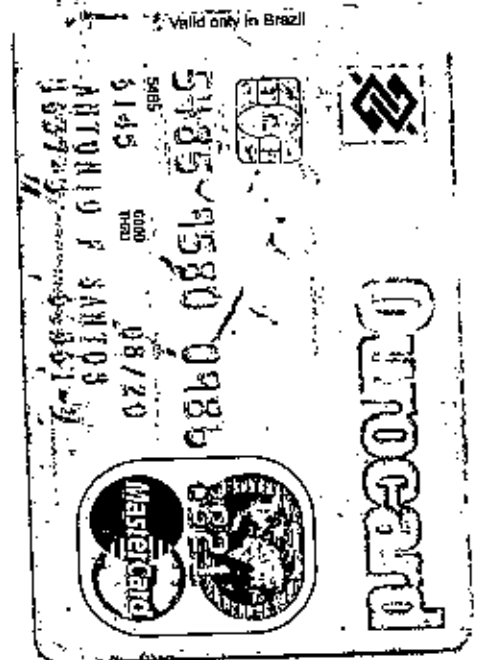
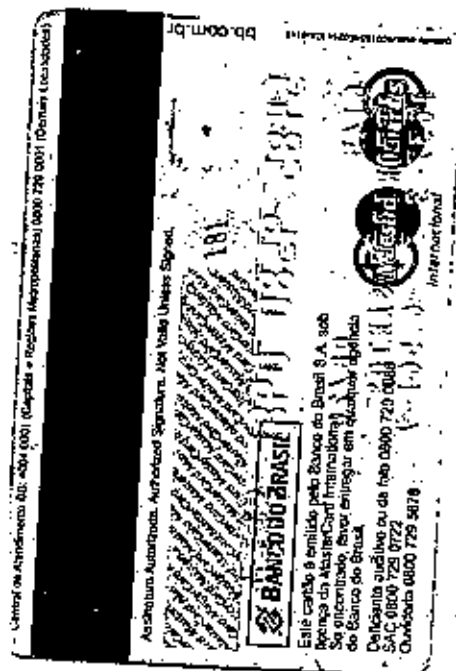
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Antonio Filho dos Santos

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SEMPORNA LIDER DEPUTI DR 10/10/2017 hora: 11:41 - 375466



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

156.729.482-00

Nome completo da vítima

Antonio Filho Dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Antonio Filho Dos Santos		156.729.482-00		metataxista	
Endereço		Número	Complemento		
Rua Miguel Couto		2445	Casa		
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Laurival Brente	Teresina	PI	64023-550		
Email		Telefone (DDD)			
		(86) 3303-4104			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V **CONTA** NRO. D/V
 1637 3 6.561 7
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
AGÊNCIA NRO. D/V **CONTA** NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Teresina, 28 de Junho de 2018

Local e Data

Antonio Filho dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/06/2018 - Autoatendimento - 12:19:58
839772233 0647

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 1637-3
CONTA: 6.561-7
VARIACAO: 51
CLIENTE: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

DATA DT.BS HISTORICO VALOR
Maio/2018



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180311596
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Filho dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): R Miguel Couto, 2445
Lourival Parente Teresina PI CEP: 64023-550
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 527663
Data local do acidente: [02/05/2016]
Data local do exame: [24/07/2018] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA COMPLETA, OBLIQUA NAS METAFISES TIBIA E FIBULA ESQUERDA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: OSTEOSINTESE COM FIXADOR EXTERNO
Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO
Data da Alta: 05/02/2017

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR ESQUERDO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

IMITACAO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA DE TORNOZELO E PE ESQUERDO, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio ☒ (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001838/2016-54

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francisco Ribeiro De Sousa

Data/Hora: 20/05/2016 - 08:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

02/05/2016 - 21:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA- TIBERIO NUNES/OLAVO BILAC, Nº:

Complemento

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS [53 ANOS]

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 527663

Mãe: MARIA EMILIA DO ESPIRITO SANTO

Pai: ANTONIO PAULO DOS SANTOS

Endereço: RUA- MIGUEL COUTO, Nº 2445

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

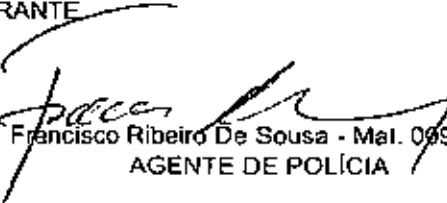
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE ESTEVE NESTA ESPECIALIZADA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRANSITO PARA COMUNICAR QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTO HONDA/NXR, AO 2015/2015, PL- PIL- 5507, COM DESTINO A RESIDENCIA DE UMA CLIENTE NA RUA TIBERIO NUNES, SÓ QUE CHOVIA BASTANTE NESTE DIA E FICOU MUITA ÁGUA ACUMULADA NO ASFALTO E QUE DIFICULTAVA O TRAFEGO, FOI ENTÃO QUE O CONDUTOR DA MOTO CAIU EM UM BURACO EXISTENTE NO ASFALTO, SOFRENDO LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO DE Nº 283727 EXPEDIDO PELO HUT. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU. AS DECLARAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE


Francisco Ribeiro De Sousa - Mat. 0093548
AGENTE DE POLÍCIA


ANTONIO FILHO DOS SANTOS [53 ANOS] - Noticiante
Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES

Delegado de Polícia

SEGUNDA LIDER DEPART DO 10/10/2017 hora: 11:45 - 375471

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS TERESINA - PI ROSENIR DE MOURA LIMA	CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS Rua do Amparo Portela Leal de Araújo - Taboão Rua Barroso, 91/Sul - CEP 64001-130 - Teresina - PI - Fone: (06) 3221-6665
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS, DOU FE TERESINA-PI, 01/10/2017. <i>Rosenir</i>	
ROSENIR DE MOURA LIMA-Escrevente Autorizada Emol.:2,32 TJ:0,46 Selo:0,25 Total:3,03 Selo:ABE.17400 (F380P307)	

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
Rosenir de
Escrevente
Ter





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001838/2016-54

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francisco Ribeiro De Sousa

Data/Hora: 20/05/2016 - 08:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA- TIBERIO NUNES/OLAVO BILAC, Nº:

Complemento

Data/Hora

02/05/2016 - 21:00

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS [53 ANOS]

RG: 527663

Mãe: MARIA EMILIA DO ESPIRITO SANTO

Pai: ANTONIO PAULO DOS SANTOS

Endereço: RUA- MIGUEL COUTO, Nº 2445

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE ESTEVE NESTA ESPECIALIZADA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRANSITO PARA COMUNICAR QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTO HONDA/NXR, AO 2015/2015, PL- PIL- 5507, COM DESTINO A RESIDENCIA DE UMA CLIENTE NA RUA TIBERIO NUNES, SÔ QUE CHOVIA BASTANTE NESTE DIA E FICOU MUITA ÁGUA ACUMULADA NO ASFALTO E QUE DIFICULTAVA O TRAFEGO, FOI ENTÃO QUE O CONDUTOR DA MOTO CAIU EM UM BURACO EXISTENTE NO ASFALTO, SOFRENDO LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO DE Nº 283727 EXPEDIDO PELO HUT. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU. AS DECLARAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE

Francisco Ribeiro De Sousa - Mat. 0093548
AGENTE DE POLÍCIA

Antonio Filho dos Santos
ANTONIO FILHO DOS SANTOS [53 ANOS] - Noticiante
Responsável pela Informação



CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES
Delegado de Polícia

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IN

Declaração de Inexistência de IML



Eu, ANTONIO FILHO DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 527 663 e inscrito no CPF/ME sob o nº 156 729 482-00, residente e domiciliado na RUA MIGUEL COUTO, 2445, Cidade TERESINA, Estado PIAUÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Antonio Filho dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

TERESINA 04/10/2017

Local e data

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Antonio Filho Dos Santos

CPF da Vítima

156.729.482-00

Data do Acidente

02/05/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 3203-4104

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior ao estabelecido no respectivo pedido.

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

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



Teresina 28 de Junho de 2018

Local e Data

Antonio Filho dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

231

Imp: 02/05/2016 22:07:05

(User: MARILENE SIQUEIRA)

(Estação: ACCR01)

OLETIM DE ENTRADA - BE

DOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS		Prontuário: 283727
Mãe: MARIA EMILIA DO ESPIRITO SANTO	Pai: ANTONIO PAULO DOS SANTOS	
End.Resid.: RUA MIGUEL COUTO N° 1320 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64010-010		
Nascimento: 09/07/1963	Idade: 52a:10m:23d	Sexo: Masculino Fone: 86- 3211-9588
Responsável: O MESMO	CNS: 898000590567529	
Profissão: MOTO TAXISTA	Documento: CPF: 156.729.482-00	
Es. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

DOS DO ATENDIMENTO:

Código: 540900	Data: 02/05/2016 22:01:16	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Tipico: Sim CID Secundario: V299

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Anal/Sintoma: DAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Preve História:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, RELATA DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MIE.
05:15.

Profissional Clas. Risco:

MARILENE SIQUEIRA SILVA

CCREN - 39.554

Em: 02/05/2016 22:07:05

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: **22:20**)

[Handwritten signature and notes]

Dr. Rafael Levi Luchard S. do Carmo
Médico do Esporte
CRM: 3807
SBOT: 12983
Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JUL. 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
- Noroeste - CEP: 64.007-100

X mmHg	Pulso: 	FC: bpm	CID:
---------------	------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

*Pr. fratura de tíbia distal e fíbula (E)
ao exame: sem déficit neurológico aparente
sem outras queixas
col. miomio*

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

0408050543

Procedimento

5823

CID

DATA: **1 / 1**

HORA:

[Handwritten signature: Elizabete M. de S. Trajano]

[Handwritten signature: Rogério Rego]
Assinatura - Profissional Médico
Rogério Rego
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3831 / CRM-MA 6487

01 Nº do chamado 378 02 Data do chamado 02/09/16 03 PRQ (código) 2131 04 Saída do PA 2148 05 Chegada ao local 2148

06 Saída do local 2155 07 Chegada ao 1º hospital 2245 08 Saída do 1º hospital 11 09 Chegada ao 2º hospital 11

10 Endereço RUA TIBERIO NUNES 27 OLAVO BILAC 11 Bairro ILUSTAS 12 Município UF PI - PE 13 Código IBGE 11111111

14 Nome ANTONIO FILHO DA SILVA 15 Sexo 4 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado

16 Idade 32 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado Se idade ignorada, preencha com 999 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física espancamento 03 - Agressão física FAF 04 - Agressão física FAF 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

19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado 20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado 21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado 22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Cinto de segurança 3 - Assento para criança 4 - Airbag

23 Glasgow = 15 24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX SatO2 25 Local da lesão

ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma

26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 29 Dor 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 32 Hospital de Destino HU 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não

35 Escala de Dor de 0 a 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 5 6 7 8 9 10

36 Fratura 1 - Sim 2 - Não 37 Glicemia 38 Acesso Venoso 39 Medicamentos a) b) 40 Imobilização de extremidades 41 Reanimação cardiopulmonar 42 Assistência obstétrica

43 Observações Interdisciplinares

44 Responsável pela recepção

45 Socorristas Médico AE/TE 46 Enfermeiro 47 Condutor

DEPARTAMENTO DE...
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JUL. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465
Cidade de Teresina - PI
CEP 64000-000

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01637-3

CONTA: 000010006561-9

Nr. da Autenticação 02E1FF947D6E2CAF

Para contato com a
Eletronbras, informe
este NÚMERO

000171208

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.718/0001-40 | Insc. Estadual: 14.203.013-5
Nº de Fisco | Conta de Energia Elétrica - Setor T-1
Regime especial de Impresão sobcrita pela SEFAZ/GOV-PI

44th da Nona Flucht!

A. Institut Social de Energia Electrica - ISEE Bucuresti
 nr. 10-13 din 25 de septembrie 2002.

Regime especial de Imposto sobre o Valor Acrescentado (Régimen Especial de IVA) - Artigo 10.º da Lei n.º 10.428/2002, de 25 de Abril de 2002, e Artigo 10.º da Lei n.º 10.428/2002, de 25 de Abril de 2002.

PERÍODO	VENGIMENTO	CONSUMO LÍQUIDO	TOTAL A PAGAR (R\$)
1.º SETEMBRO/2017	13/09/2017	238	176,01

ANTONIO FILIPE DOS SANTOS
R. MIGUEL COELHO S/N 2445 LOURIVAL PARENTE
CPF: 00015672948200

Atual:	06/09/2017
Anterior:	01/03/2017
Próxima Entrega:	03/10/2017
Emissão:	06/09/2017
Apresentação:	06/09/2017

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Unidade	Segmento	Produto	Código F&L	Atividade

Máximo consumo		CONSUMO		238 A R\$ 0,662801 =		157,69	
AGO/17	167	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)				15,29	
JUL/17	134	MULTA POR ATRASO (2X)				3,60	
JUN/17	142	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER				1,43	
MAI/17	134	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -		0,81			
ABR/17	168	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -		5,90			
MAR/17	90						
FEV/17	133						
JAN/17	134						
DEZ/16	140						
NOV/16	176						
TARIFA SEM DIBUÍDO:							
0 A 238 - 0,463045							

LIQUE 0800 086 0800 / AFACAO DO CANCELAMENTO: 15-10-15-20-25
Parabéns! Até 30 dias 07/2017, não constam os produtos vendidos
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

RESERVADO AO FISCO		IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES	
Destinatório:		Base de Cálculo:	
Energia:	40,18	Alíquota ICMS:	157,69
Transmissão:	49,30	Unidade ICMS:	25,00%
Energos:	5,94	Valor do IPI:	39,42
Impostos:	10,22	Valor do CONTRIBUIÇÃO:	1,34

4.95	9.81	19.82	3.17	6.35	12.70	2.77
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

SEANMORA LIDER OPUNT DO 10/10/2017 hora: 11:41 - 375462



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ Uo/PI

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0632139-9

Nº da Nota Fiscal

006741027

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	14/06/2018	91	77,34

ANTONIO FILHO DOS SANTOS
R. MIGUEL COUTO S/N 2445 LOURIVAL PARENTE
CPF: 00015672948200

DADOS DA LEITURA		DATA DA LEITURA	
Atual:	4883	Atual:	07/06/2018
Anterior:	4792	Anterior:	08/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	10/07/2018
Consumo Medido:	91	Emissão:	06/06/2018
Consumo Faturado:	91	Apresentação:	07/06/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MÁI/18	12	CONSUMO	91 A R\$ 0,781123 =
ABR/18	144	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	
MAR/18	41	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,69
FEV/18	93	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	1,05
JAN/18	107		
DEZ/17	116		
NOV/17	196		
OUT/17	272		
SET/17	238		
AGO/17	167		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 91 - 0,573422			



MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Para cancelamento de serviços e alteração de dados, ligue para 0800 086 0800 ou acesse o site www.eletrobras.com.br

nessa Unidade Consumidora

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:		Base de Cálculo:	
Energia:	14,91	Alíquota ICMS:	71,8
Transmissão:	28,33	Valor do ICMS:	22,0%
Encargos:	4,45	Valor do PIS:	15,3
Tributos:	4,51	Valor do COFINS:	0,3

INDICADORES DE CONTINUIDADE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CONSUMO 208 A R\$ 0,866912 = 180,31

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para consulta com a Eletrobras, informe este número: **0051869-7**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 757 - Centro Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-235 - Teresina - PI
Regime especial de imposto instituído pela SIFAT 2018

MP de Nota Fiscal: **007516126**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 12.438 de 26 de abril de 2012.

JUNHO/2018 29/06/2018 208 199,86

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR	DATA DE INÍCIO
18195	KWH	18195	22/06/2018
17987	KWH	17987	23/05/2018
1,000	UNIDADE	1,000	25/07/2018
208	UNIDADE	208	20/06/2018
208	FCAM	208	22/06/2018

NORMAL 30

COMERCIAL MONO A1418740 3.5.3.1 310

DATA	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
MAI/18	211	CONSUMO 208 A R\$ 0,866912 =	180,31
ABR/18	159	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	14,80
MAR/18	307	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	0,46
FEV/18	224	MULTA POR ATRASO 05/18-00	3,48
JAN/18	271	JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00	0,81
DEZ/17	314	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,56
NOV/17	416	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	7,52
OUT/17	385		
SET/17	435		
AGO/17	353		

LIGUE 0800 086 0600 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 20/06/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

DEPARTAMENTO DE DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JUL. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
- Norte - CEP: 64.000-235

RESUMO DO FISCO

5A86.EF6B.D6D7.E2EC.0882.4DF3.2E19.067A

Taxa de	35,21	Taxa de	180,31
Taxa de	66,96	Taxa de	27,00%
Taxa de	10,53	Taxa de	48,68
Taxa de	10,67	Taxa de	1,47
Taxa de	56,94	Taxa de	6,79

5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03
0,00 0,00 0,00

TERESINA-MACAUBA 04/2018 46,37

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 757 - Centro Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-235 - Teresina - PI

MP de Nota Fiscal: **007516126 FCAM**

0051869-7

06/2018

29/06/2018

83620000001 3 99860017000 0 00000000051 3 86970618003 8



SEQ.: 00055 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 22/06/2018 T.ENTR.: 09
LEITURA: 18195 NORMAL TOTAL: 199,86 CARGA: 019
DT.VENC.: 29/06/2018 IRREC.: 000 COL.ETC.: 218

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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:

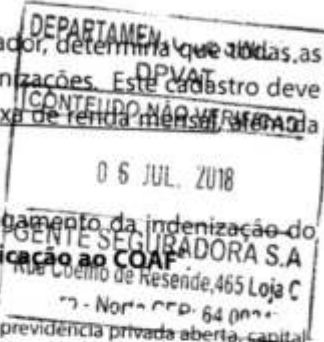
<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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, de acordo com a respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.



Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Filho Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 556.729.482 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Antonio Filho Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 556.729.482 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 9534-6565</u>

Teresina, 28 de Junho de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



Documentacao medico - hospital:



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Antônio Carlos do Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 283722

SERVIÇO DE ARQUIVO LINHA DE PÁG. DE 10/10/2017 Hora: 11:45 375472

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 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NHE 04405736
25.10.20

Imp: 02/05/2016 22:07:06
User: MARILENE SIQUEIRA
(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS		Prontuário: 283727	
Mãe: MARIA EMILIA DO ESPIRITO SANTO	Pai: ANTONIO PAULO DOS SANTOS		
End.Resid.: RUA MIGUEL COITO Nº 1320 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64010-010			
Nascimento: 09/07/1963	Idade: 52a:10m:23d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 3211-9588
Responsável: O MESMO	CNS: 698000590567529		
Profissão: MOTO TAXISTA	Documento: CPF: 156.729.482-00		
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)		
End.Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 540900	Data: 02/05/2016 22:01:16	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Sim
CID Secundário: V299		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: DAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, RELATA DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MIE. ECG:15.		Profissional Clas. Risco: MARILENE SIQUEIRA SILVA CRM: 383564 Em: 02/05/2016 22:07:07	

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 22:20)

<i>[Handwritten signature]</i>			
X mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

*Pr- fratura de tíbia distal e fíbula (E)
ao exame: sem déficit neurovascular aparente
sem outras lesões
ed. moderada*

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HORA: :	Se Internação, indique o Procedimento e CID
		040850543 Procedimento CID

[Handwritten signature]
Assinatura Paciente ou Responsável

[Handwritten signature]
Assinatura Profissional Médico

SEGURO LIDER DPUB DO 10/10/2017 hora: 11:43 - 375473

Fis. Nº _____
 Proc. Nº _____
 Rubrica _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

DATA 03/01/10

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRURGICO E OBSTETRICO

INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:	
ANESTESIA:	CPF Nº:	
AUXILIAR:	CPF Nº:	
CIRURGAO:	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Nº DA SALA:	02
DIAGNOSTICO:	UROROA:	
NOME DO PACIENTE:	CONTABILIDADE Nº:	553357

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINACAO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINACAO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LAMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUA Nº	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUA Nº	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML	20		PAPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODAO	BOJA	-		PAPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PAPI TINTURA	ML	40	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 3CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	PREÇO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	01			UNID.	02	
503	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA	-	02	
CAT. GUT. SIMPLES CIAG					-	02	
CAT. GUT. SIMPLES SIAG							
CAT. GUT. CROMADO CIAG							
CAT. GUT. CROMADO SIAG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL							
WICRYL							
PROFENE							

PHOTOGRAPHY

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03/01/16

NOME DO PACIENTE: <i>Artur Filipe dos Santos</i>	PROFISSIONÁRIO Nº: <i>283727</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Proctite</i>	CIRURGIA: <i>Proctite</i>
ANESTESIA: <i>loque</i>	Nº DA SALA: <i>02</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. João Vitor da Oliveira Neto</i>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <i>Medico Ortopedista</i>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <i>Dr. Fernando C. de S. S. S.</i>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <i>Leandra</i>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	70		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	70	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01		<i>Cupom</i>	unid	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Elitros</i>	-	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Eslovas</i>	-	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Concursao</i>			
PROLENE							



Local de Atendimento	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 CID (código)	04 Hora do dia	05 Contato no local
	373	07/11/16	0009	21:31	21:48
Endereço	06 Endereços	07 Chegada ao 1º hospital	08 Chegada ao 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	RUA TIBÉLIO NUNES 270 LAURO BILAC	21:15	21:45		
Paciente	10 Nome	11 Sexo	12 Idade	13 Indícios de ingestão de bebidas alcoólicas?	
	ELIAS	Masculino	39	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Tipo de Chamado	14 Tipo de ocorrência	15 - Outros	16 - Outros	17 - Já removido	18 - Falsa chamada
	07 - Acidente de trânsito 08 - Acidente de trabalho 09 - Acidente doméstico 10 - Urgência psiquiátrica 11 - Tentativa de suicídio 12 - Envenenamento 13 - Afogamento 14 - Queda 15 - Choque elétrico 16 - Queda 17 - Urgência clínica 18 - Urgência ginecológica 19 - Transfusão 20 - Exames complementares				
Acidente de Trânsito	21 Vítima	22 Meio de locomoção	23 Outra parte envolvida	24 Equipamentos de segurança	25 Capacete
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Outros	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Outros	1 - Automóvel 2 - Objeto fixo 3 - Animal 4 - Outros	1 - Capacete 2 - Cinto de segurança 3 - Assento para criança
Exame Físico	26 Glasgow	27 Resposta verbal	28 Resposta motora	29 Sinais vitais	30 Local da lesão
	1 - 15	1 - Orientado 2 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Nenhuma	1 - Obedece a comandos 2 - Localização da dor 3 - Movimento da redeja 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Nenhum	1 - Pulso 2 - Pressão 3 - PA 4 - TAX 5 - SatO2	1 - Local da lesão
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Dor	33 Escala de dor de 0 a 10	34 Fratura	35 Sinais vitais
	1 - Sim 2 - Não	1 - Igual 2 - Desigual	1 - Sem dor 2 - Leve 3 - Moderada 4 - Intensa 5 - 10	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	1 - Sinais vitais
Hospital de Destino	36 Hospital de Destino	37 Condições de entrada	38 Óbito	39 Sinais vitais	40 Local da lesão
	1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado	1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não	1 - Sinais vitais	1 - Local da lesão
Observações Interdisciplinares	41 Observações Interdisciplinares	42 Observações Interdisciplinares	43 Observações Interdisciplinares	44 Observações Interdisciplinares	45 Observações Interdisciplinares

9455-1-0411-8491-200



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente sob anestesia. Anestesia e Analgesia
Pielorquia Incisional
Pielorquia Extensa no Delta Torácico Esq.
Ligadura de fêmur.
Amiotomia

Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto
Médico Cirurgião
CRM-PI 3054

NOME DO PACIENTE				UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
03/05/16	120/75	88																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
EXAMES DE URINA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARÁXICOS		OUTROS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS		EFEITOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>OXIGÊNIO</th> <th colspan="10"></th> <th colspan="2">TOTAL DE DOSES</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>1</th> <th colspan="10"></th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>2</th> <th colspan="10"></th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>3</th> <th colspan="10"></th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">LÍQUIDOS</td> <td>SO-LITO</td> <td>500</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">NEOARINCO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>400</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">POMOL 150</td> </tr> <tr> <td>SANGUE</td> <td>300</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">FENTANYL 3</td> </tr> <tr> <td>OUTROS</td> <td>200</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">CELAZOLAM</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">TEMPERATURA</td> <td rowspan="2">T</td> <td>260</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">ATROPINO 0</td> </tr> <tr> <td>240</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">ETORICO 0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P. ARTERIAL</td> <td rowspan="2">V O</td> <td>220</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">SEQUÊNCIA</td> </tr> <tr> <td>200</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">MANTENHA</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P. ARTERIAL</td> <td rowspan="2">V O</td> <td>180</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">ANALGESIA</td> </tr> <tr> <td>160</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">ANALGESIA</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P. ARTERIAL</td> <td rowspan="2">V O</td> <td>140</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">ANALGESIA</td> </tr> <tr> <td>120</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">ANALGESIA</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">INÍCIO E FIM ANESTESIA</td> <td rowspan="2">X</td> <td>100</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">ANALGESIA</td> </tr> <tr> <td>80</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">ANALGESIA</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">INÍCIO E FIM OPERAÇÃO</td> <td rowspan="2"></td> <td>60</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">ANALGESIA</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">ANALGESIA</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">RESPIRAÇÃO</td> <td rowspan="2">O</td> <td>20</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">ANALGESIA</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td colspan="10"></td> <td colspan="2">ANALGESIA</td> </tr> </tbody> </table>										AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO											TOTAL DE DOSES				1															2															3													LÍQUIDOS	SO-LITO	500											NEOARINCO			400											POMOL 150		SANGUE	300											FENTANYL 3		OUTROS	200											CELAZOLAM		TEMPERATURA	T	260											ATROPINO 0		240											ETORICO 0		P. ARTERIAL	V O	220											SEQUÊNCIA		200											MANTENHA		P. ARTERIAL	V O	180											ANALGESIA		160											ANALGESIA		P. ARTERIAL	V O	140											ANALGESIA		120											ANALGESIA		INÍCIO E FIM ANESTESIA	X	100											ANALGESIA		80											ANALGESIA		INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60											ANALGESIA		40											ANALGESIA		RESPIRAÇÃO	O	20											ANALGESIA		10											ANALGESIA	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO											TOTAL DE DOSES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
		2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
		3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
LÍQUIDOS	SO-LITO	500											NEOARINCO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		400											POMOL 150																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	SANGUE	300											FENTANYL 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	OUTROS	200											CELAZOLAM																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
TEMPERATURA	T	260											ATROPINO 0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		240											ETORICO 0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
P. ARTERIAL	V O	220											SEQUÊNCIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		200											MANTENHA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
P. ARTERIAL	V O	180											ANALGESIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		160											ANALGESIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
P. ARTERIAL	V O	140											ANALGESIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		120											ANALGESIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
INÍCIO E FIM ANESTESIA	X	100											ANALGESIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		80											ANALGESIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60											ANALGESIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		40											ANALGESIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
RESPIRAÇÃO	O	20											ANALGESIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
		10											ANALGESIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
SÍMBOLOS										DURAÇÃO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
TÉCNICAS										INCIDENTE - ACIDENTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
OPERAÇÕES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
CIRURGIÕES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
ANESTESISTAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
PARTICULARIDADES										CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A FINALIDADE DESTES RELATÓRIOS É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATÓRIO, NÃO SENDO OBRIGATÓRIA A SUA APRESENTAÇÃO.

NOME COMPLETO DA VITIMA

ANTONIO FILIPE DOS SANTOS

NUMERO DO SINISTRO

DN: 09.07.63

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

02.05.16

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO

02.05.16

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

OZIEL CARLOS

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA
FRACTURA DA ESQUELETA (FRATURA)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

FEITO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COM
PARAFUSOS E PLACAS METÁLICAS

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM (X) NÃO
EM CASO POSITIVO DESCREVER

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- () A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO
- () A INVALIDEZ É PERMANENTE OU SEJA NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º

GRAU DE INCAPACIDADE, E CÉLULA DE COMPARAÇÃO

2º

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTIR E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE
QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

DATA

ASSINATURA

Dr. Oziel Carlos
Clínico Geral
2474-PT

ANEXAR CÓPIAS DE PROTOCOLOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

SECRETARIA LIDER DPJRT DO 10/10/2017 Hora: 11:41 - 375464

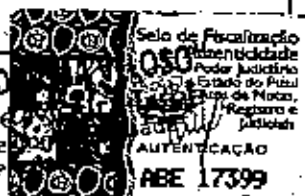
CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Taboão
Rua Barroso, 91/Sul - CEP 64001-140 - Teresina - PI - Fone: (86) 3221-6665

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA
Nestas Notas Dou Fe Teresina-PI, 04/10/2017

Rosenir de Moura Lima
ROSENIR DE MOURA LIMA-Escrevente Autorizada
Empl.:2,32 TJ:0,46 Selo:0,25 Total:3,03 Selo:ABE.17399 (F38DP307)

CARTÓRIO "D
Rosenir de
Escrevente
Te



04/10/2017
11:41:41



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Antônio Carlos da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 283727

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 3229 4872

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

231

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 02/05/2016 22:07:05

(User: MARILENE SIQUEIRA)

(Estação: ACC01)

Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

Prontuário: 283727

Mãe: MARIA EMILIA DO ESPIRITO SANTO

Pai: ANTONIO PAULO DOS SANTOS

End.Resid.: RUA MIGUEL COUTO Nº 1320 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64010-010

Nascimento: 09/07/1963

Idade: 52a:10m:23d

Sexo: Masculino

Fone: 86- 3211-9588

Responsável: O MESMO

CNS: 898000590567529

Profissão: MOTO TAXISTA

Documento: CPF: 156.729.482-00

Instrução: Médio Completo

E.Civil: Casado(a)

End.Local.: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 540900

Data: 02/05/2016 22:01:16

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Convênio: S U S

Cid.Trab.: Sim

Acid. Trajeto: Não

Acid. Trab. Típico: Sim

CID Secundario: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Anal/Sintoma:

Evento Principal:

Destino:

Classificação:

Dor moderada

ORTOPEDISTA

Amarelo

Antecedente História:

Profissional Clas. Risco:

Paciente VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, RELATA DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MIB.

MARILENE SIQUEIRA SILVA

COFEN 395544

Em: 02/05/2016 22:07:05

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 22:20)



Dr. Rafael Levi Loucheud S. da Cunha
Médico do Esporte
CRM: 3807
Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

X mmHg

Pulso:

FC: bpm

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx: patela e tíbia distal e fíbula (E)
ao exame: sem déficit neurovascular aparente
sem outras queixas
col. miomatoso

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /

HORA: :

042850543

Procedimento

CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Profissional Médico

Roceldo Rego
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 3531/CRM-MA 6487

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A FINALIDADE DESTES RELATÓRIOS É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATORIO, NÃO SENDO OBRIGATORIA A SUA APRESENTAÇÃO.

NOME COMPLETO DA VITIMA

NUMERO DO SINISTRO

Antonio Filhos Das Salas

DN = 09.07.67

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

17.05.17

DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

Oziel Carlos Barbosa Lima

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA
FIBULA DA ESQUERDA - RACHADA

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

Feito procedimento cirúrgico com pinos e placas metálicas

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO EM CASO POSITIVO DESCREVER

DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM () NÃO



COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PERMANENTE CONCLUIR QUE:

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO
() A INVALIDEZ É PERMANENTE OU SEJA NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º GRUPO ACIDENTADA, ELETIVO DA
2º CATEGORIA FUNÇÃO DO MEMBRO
3º INFLEXÃO ESQUERDA
4º
5º

AFIRMO QUE ASSISTIR E/OU AVALIAR QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO CORRETAS E VERDADEIRAS.

VITIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E

THE-P

LOCAL

24.11.17

DATA

Dr. Oziel Carlos
Clínico Geral e Dermatologia
ASSINATURA 2474-DI

ANEXAR

CÓPIAS DE PROTOCOLOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 02/05/2016 do (a) paciente ANTONIO FILHO DOS SANTOS o(s) seguinte(s) dado(s) abaixo:

1. Endereço : onde consta RUA MIGUEL COUTO Nº 1320 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI-CEP: 64010-010 para RUA MIGUEL COUTO Nº 2445- LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP 64023-550

Teresina, 21 de Junho de 2018

Fabio Marcos de Sousa
Diretor Técnico - HUT

CRM: 3336





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03/05/16

NOME DO PACIENTE:	Autarotikods Juntos	PRONTUÁRIO Nº:	283727
DIAGNÓSTICO:	fístula perianal	CIRURGIA:	Externa
ANESTESIA:	home	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Dr. Caio Vitor de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI 3054	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Leandra	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI n: 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	70		PVPI DE GERMANTE DPVAT	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA 06 JUL. 2016	ML	70	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Cupom	und	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Elitrodos	-	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escloras	-	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	Concurso		
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)



Paciente : ANTONIO FILHO DOS SANTOS
Médico :
Convênio : PROANÁLISES

Registro : 034078
Idade : 52A e 11M
Data : 23/06/2016

RX DIGITAL DA PERNA ESQUERDA (2INC)

RELATÓRIO

- Fraturas completas, oblíquas, não consolidadas, extrarticulares, localizadas nas metáfises distais da tíbia e fíbula.
- Fratura oblíqua, alinhada, extrarticular, em consolidação, localizada na metáfise proximal da fíbula.
- Interlinhas e espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações.
- Estruturas metálicas para fixação externa na tíbia e ossos do tarso.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1. Status pós-cirúrgico.
2. Fraturas completas, oblíquas, não consolidadas, extrarticulares, localizadas nas metáfises distais da tíbia e fíbula.
3. Fratura oblíqua, alinhada, extrarticular, em consolidação, localizada na metáfise proximal da fíbula.



Dr. Cesar Hamilton A. Soriano
CRM-PI 2835 Radiologia

LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANTONIO FILHO DOS SANTOS (Prontuário: 283727)				
Endereço:	RUA MIGUEL COUTO Nº 1320 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64010-010				
Nascimento:	09/07/1963	Idade: 52a.11m.21d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO	Atendimento: 161246
Requisição:	632530	Solicitação: 03/05/2016	Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO		
Controle:	793173	Convênio: S U S	CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11	ENFERMARIA 231	LEITO 236

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exam: 03/05/2016

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas nas diafises distais da fíbula e tíbia.
- Imobilização por aparelho metálico externo.

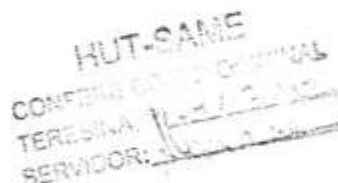
(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 30/06/2016

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Professional Responsável



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

FINALIDADE: A FINALIDADE DESTES RELATÓRIOS É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATORIO, NÃO SENDO OBRIGATORIA A SUA APRESENTAÇÃO.

NOME COMPLETO DA VITIMA

NUMERO DO SINISTRO

Antonio Filhos Das Salgas

DN = 09.07.63

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO

17.05.17

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

Oziel Carlos Barbosa Lima

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA
FIBULA DA ESQUERDA - FRATURAS

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

Feito procedimento cirúrgico com pinos e placas metálicas

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO EM CASO POSITIVO DESCREVER

DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM () NÃO



COM RELAÇÃO A INVALIDEZ POR

SE CONCLUIR QUE:

- () A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO
- () A INVALIDEZ É PERMANENTE OU SEJA

PARCIAL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO OU NA POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUN

ONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º GRUPO ACIDENTADA, ELETRO DA
- 2º CATEGORIA FUNDADA DO MEMBRO
- 3º INFATURADA ESQUERDA
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTIR E/OU AVALIAR QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO CORRETAS E VERDADEIRAS.

VITIMA NO PERÍODO DE

A _____ E _____

THO-P

24.11.17

LOCAL

DATA

Dr. Oziel Carlos
Clínico Geral e Dermatologia
ASSINATURA 2474-PJ

ANEXAS

CÓPIAS DE PROTOCOLOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A FINALIDADE DESTES RELATÓRIOS É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATORIO, NÃO SENDO OBRIGATORIA A SUA APRESENTAÇÃO

NOME COMPLETO DA VITIMA

Antonio Filho dos Santos

NUMERO DO SINISTRO

em 02.07.16

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

02.05.16

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO

02.05.16

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

Oziel Carlos Silva

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Tratado de T. de Escarpa
T. de Escarpa (Tratado)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

Seito procedimento cirúrgico com
plastia e plásio a retalho

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO EM CASO POSITIVO DESCREVER

DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM (X) NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ POR

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO

() A INVALIDEZ É PERMANENTE OU SEJA

GRAU DE INCAPACIDADE FUNÇÃO

1º

2º

3º

4º

5º

DE-SE CONCLUIR QUE:

PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO

OU NÃO POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

ONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

6º grau de incapacidade funcional do membro inferior direito

AFIRMO QUE ASSISTIR E/OU AVALIAR QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO CORRETAS E VERDADEIRAS.

VITIMA NO PERÍODO DE

LOCAL

DATA

01.07.16

Dr. Oziel Carlos
Clínico Geral e Dermatologia
ASSINATURA CRM 2474-PI

ANEXAR

FOLHAS DE PROTOCOLOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JUL. 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
2.ª ANDAR - CEP: 64.000-000

Paciente : ANTONIO FILHO DOS SANTOS
Médico :
Convênio : PROANÁLISES

Registro : 034078
Idade : 52A e 11M
Data : 23/06/2016

RX DIGITAL DA PERNA ESQUERDA (2INC)

RELATÓRIO

- Fraturas completas, oblíquas, não consolidadas, extrarticulares, localizadas nas metáfises distais da tíbia e fíbula.
- Fratura oblíqua, alinhada, extrarticular, em consolidação, localizada na metáfise proximal da fíbula.
- Interlinhas e espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações.
- Estruturas metálicas para fixação externa na tíbia e ossos do tarso.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1. Status pós-cirúrgico.
2. Fraturas completas, oblíquas, não consolidadas, extrarticulares, localizadas nas metáfises distais da tíbia e fíbula.
3. Fratura oblíqua, alinhada, extrarticular, em consolidação, localizada na metáfise proximal da fíbula.



Dr. Cesar Hamilton A. Soriano
CRM-PI 2835 Radiologia

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A FINALIDADE DESTES RELATÓRIOS É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATORIO, NÃO SENDO OBRIGATORIA A SUA APRESENTAÇÃO

NOME COMPLETO DA VITIMA

NUMERO DO SINISTRO

Antonio Carlos dos Santos

em 02.07.16

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

02.05.16

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO

02.05.16

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

Oziel Carlos Lima

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE

Fratura da tíbia e fíbula
Tíbia do osso da perna (fratura)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

Feito procedimentos cirúrgicos com
placas e parafusos

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM (X) NÃO
EM CASO POSITIVO DESCREVER



COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- () A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO
- () A INVALIDEZ É PERMANENTE OU SEJA NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Fratura da tíbia e fíbula da perna direita
- 2º Fratura da tíbia e fíbula da perna esquerda
- 3º
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTIR E/OU AVALIAR A VITIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E
QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

DATA

Dr. Oziel Carlos
Clínico Geral e Dermatologia
ASSINATURA CRM 2474-PI

ANEXAR

FOTÓGRAFIAS DE PROTUSÃO E OUTROS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA