

	INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC		DMICB
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Linha	5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,96			
Realizando	0,00								
Completado	TERCEIRO								

material
ENERGIA
cepisa

CUMPRIMENTO RESOLUÇÃO DO PROL
Ao Assessorado TSP - Companhia Sul - Teresina - PE
CNPJ: 06.640.745/0001-93; sede: Estação 10 SET 350 -
Núcleo 3, 4 - Rua da Energia, Edifício - 3º andar -
Bairro: Jussara - CEP: 64.012-060 - Teresina - PE

Para contato
compreensão, utilize o
seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

1722284-2

Nº da Nota Fiscal

023995327

A Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
em 1994, com 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTINUA VENCIMENTO CONSUMO (KWH) TOTAL A PAGAR (R\$)

JULHO/2019 12-07-2019 30 20,14

AFONIO FLOIANO DE SOUSA
R. TRANVANVIN FEITOSA QD C2 CASA 23 PARQUE BRASIL
CNPJ: 0003472912300
CNPJ: 04.012.060 - TERESINA

ROT: 4.001.48.17.018570

Atual:	0	Atual:	06/07/2019
Anterior:	0	Anterior:	12-06-2019
Consumo de Multa (aprox):	1,000	Próxima Expiração:	05-08-2019
Consumo Médio:	0	Emissão:	04-07-2019
Consumo Faltante:	30	Apresentação:	06-07-2019
Nome do Inquilino:	FCAM	Data do Consumo:	24
Nome do Inquilino:	Cálculo de irregularidade.		

MINIMO

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Tel.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	1761030807		1.1.1.1	0

CONSUMO 30 A R\$ 0,671578 = 20,14
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,00

JUL/19 €
AUG/19 €
SET/19 €
OUT/19 €
NOV/19 €
DEZ/19 €
JAN/20 €
FEB/20 €
MAR/20 €
ABR/20 €
MAY/20 €
JUN/20 €

TAXA DE SERVIÇO: 0,671578

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

FATURADO PELO MENINO C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art 87), SUJEITO
A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art 171) - RES 414/10 ANEEL
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 04-07-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

PI CORRETORA
DE SEGUROS

21 AGO 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.533/98.Pelo exposto, eu Antônio Flávio de SouzaInscrito (a) no CPF/CNPJ 347-229-1231-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioDiego ALLSON Costa Aguiar inscrito (a) no CPF sob o Nº 054-860-0131-98do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Diego ALLSON Costa Aguiarinscrito (a) no CPF sob o Nº 054-860-0131-98 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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 Trautwein Feitosa 206 2º andar</u>	Número: <u>23</u>	Complemento: <u>2059</u>
Bairro: <u>Pauzeiro Brasil</u>	Cidade: <u>Trêsina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>84012-095</u>	Tel (DDD): <u>86-99498-2980</u>

Local e Data: Trêsina 20-08-2019Antônio Flávio de Souza

Assinatura do Declarante

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019 09:48

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

DT. Nasc.: 28/08/1991

Atendimento: 59162072

Prontuário: 8095747

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO

Leito: 184212/11

Profissional(is): MARGIO BATISTA DE CARVALHO CRM 5047-11

Nº: 38650819 17/05/2019 às 09:48

DADOS DO PARECER

Parecer

paciente com dor no punho d apos acidente de trânsito

[1]

ef: dor, edema, deformidade, redução funcional

rx fratura do radio distal

cd: internação para cirurgia
imobilização
medicação

Margio Batista de Carvalho
CRM 5047-11



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019 07:12

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR Dt. Nasc.: 28/08/1991 Atendimento: 59162072 Prontuário: 8095747
Convenio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 184212/11

Profissional(is): SILMAR GUERRA MOREIRA CRM 4182 [1] Nº: 38642774 17/05/2019 às 06:58

ANAMNESE

Queixa Principal

FRATURA LUXAÇÃO DE PUNHO ESQUERDO COM PROGRAMAÇÃO
CIRÚRGICA PARA CORREÇÃO

[1]

PJ CORRIGIDA
DE SEGUROS

21 AGO 2019

DPVAT

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
EM, 21/05/19
ASSINATURA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019 12:57

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Dt. Nasc.: 28/08/1991

Atendimento: 59174389

Prontuário: 8095747

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP

Leito: SL-1/1

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO MEDICO CRM 5047.1132.32 Nº: 38662587 17/05/2019 às 12:48

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Clínico

S525

[1]

Diagnóstico Cirúrgico

S525

[1]

ANESTESIA

Hora De Inicio

13:00

[1]

Hora De Término

13:40

[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

17/05/2019

[1]

Hora Da Cirurgia

12:48

[1]

Cirurgia

tratamento cirurgico de fratura do punho esquerdo

[1]

Cirurgião

dr marcio batista

[1]

Descrição Cirúrgica

1- paciente em ddh sob bloqueio e sedação
2- assepsia, antissepsia, campos estéril
3- via de acesso de henry, divulsão por planos, hemostasia
4- redução cruenta, passagem de fios de stelman para manter redução
5- colocação de placa em T e parafusos
6- controle radiológico, suturas, curativo esteril, imobilização

[1]

Códigos Dos Procedimentos

30710095

[1]

DPV
21 AGO 2019
PJ CORRETO
DE SEGURO
MARCIO BATISTA DE CARVALHO
CRM 5047.1132.32

GASTOS DO ANESTESISTA

MEDICAMENTO	QTE	MEDICAMENTO	QTE
ANTAK		ROCEFIN 1g	
ADRENALINA amp		RAPIFEN	
ATLANSIL amp 150 mg/ml		SEVORANE	
ATROPINA 0,25 mg/amp		SOLU-CORTEF 500 mg	
BICARBONATO DE SÓDIO amp		SUFENTA ml	
CLONIDIN 150 mg		TRANSAMIN	
CLORETO DE POTASSIO 10% amp		THIONEMBUTAL 0,5 mg	
CIPRO 200 mg FR		TRAMAL 100 mg	01
CLEXANE 20 mg/amp		TRIDIL 50 mg	
DECADRON 4 mg FR 2,5 ml	01	TRACRIM 25 mg/amp	
DIAZEPAN 10 mg		ULTIVA 2 mg	
DIMORF 0,2 mg/ml Amp. (1ml)		XILOCAÍNA amp S/AD 5 ml 2%	
DIMORF 10 mg		XILOCAÍNA C/A 2% ml	
DIPRIVAN amp 20 ml		XILOCAÍNA PESADA 5% amp	
DIPRIVAN seringa 50 ml PFS		XILOCAÍNA S/A 2% ml	1
DIPIRONA amp	02	XILO-GEL	
DRAMIN B6 DL IV			
DOLANTINA amp			
DOPAMINA			
DORMONID 15 mg/amp	01		
DOBUTREX amp			
EFORTIL amp			
ERGOTRATE 0,2 mg/amp			
ESMERON		SORO	QTE
FLAGYL 500 mg		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	03
FENTANIL amp	01	SORO-GLICOSADO 0,5% 500 ml	
GLUCONATO DE CALCIO		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 250 ml	
FORANE		SORO-GLICO-FISIOLÓGICO 500 ML	
HIDROCORTIZONA 500 mg		SORO RINGER LACTATO 500 ml	
HALOTHANO		SOL. MANITOL 20% 250 ml	
HEPARINA		FRUTOSE	
HYPNOMIDATE 2 mg/ml		VOLUVEN	
INOVAL amp			
IPILON 1g			
KEFAZOL fr/amp	02	SANGUE / HEMODERIVADOS	QTE
KEFLIN amp		PLASMA	
KETALAR ml		SANGUE	
LANEXAT amp		PAPA DE HEMÁCIAS	
LASIX amp		ALBUMINA	
MARCAÍNA C/A 0,5% amp			
MARCAÍNA PESADA amp			
MARCAÍNA S/A 0,5% amp			
METHERGIN amp		MATERIAIS DESCARTÁVEIS	QTE
NILPERIDOL amp		CATETER VENOSO	01
NIMBIUM 10 mg		EXTENSOR	
NAUSEDRON 8 mg	01	EQUIPO DE SORO	01
NARCAN amp		SONDA ASPIRAÇÃO	
NAROPIN amp		SONDA TRAQUEAL	
NIPRIDE amp		AGULHA P/ PERIDURAL	
NORADRENALINA		SONDA NASOGÁSTRICA	
NORCURON		AGULHA P/ RAQUE	
NUBAIN amp		TORNEIRA TRÊS VIAS	
OMEPRAZOL 400 mg FR		EQUIPO DE BOMBA	
ORASTINA amp 5 UI/ml		EQUIPO DE BOMBA FOTO	
PAVULON amp		AGULHA STIMOPREX	
PLAMET amp			
PLASIL amp			
PROFENID IV	01		
PROSTIGMINE amp 0,5 mg			
QUELGIN 100 mg/ vd			
PROTAMINA			

Assinatura do Anestesista - CRM

 Dr. Irailo Hipólito B.T. Silva
Médico Anestesiologista
CRM 5053 / RQE 2968

Justificativa Médica

FICHA DE ANESTESIA

Hospital

Rio Poty

Nome: Diego Allyson Costa Arian Data: 17.05.19
 Idade: 27 Sexo: F () M (X)
 Prontuário: _____ Convênio: Harvid
 Diagnóstico: Fratura punho
 Cirurgia: TC Fratura punho Anestesia: Blq. Plexo braquial
 Cirurgião: Marcelo ASA: II

A	HORA	
G	O ₂	
E	N ₂ O	
N	Ar	
T		
E		
S		

LÍQUIDOS SE SE SE

CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂ : <u>100-100-100-100</u>				
ETC O ₂ :				
PVC				
220				
200				
180				
160				
140				
120				
100				
80				
60				
40				
20				

DROGAS					EVENTO			
1	CEFAZOLINA 3g	9			A	Blq. Plexo braquial 10ml		
2	Propofol 100mg	10			B	Los. guelad. por V.S. eqt.		
3	Decadron 8mg	11			C	lha A-50, administrada		
4	PLAQUEDAN 8mg	12			D	30ml Lidocaina 1% EV +		
5	RAMOL 100mg	13			E	Ranitidina 0.375g		
6		14			F			
7		15			G			
8		16			H			
9		17			I			
10		18			J			
LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	SALINHO	Entubação:	Oró	Naso	Sonde:
SE 0.9%	1200 ml				Respiração:	Espon.	Assist.	Mecân.
					Absorvedor de:	Sem	Com	
					Posição:	Dorsal	Local da Punção:	
					Aguilha:	A-50	Técnica:	Blq. PLEX
					Início:	13:10h	Fim:	14:00h
					Duração:	50 min		

Condição final op: Alerta, Eufórico e Estável

Intercorrências per. op: Ø

Ass. Anestesiata - CRM Dr. João Hipólito B.T. Silva
 Médico Anestesiologista
 CRM 5053 / RQE 2968

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019 12:22

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR Dt. Nasc.: 28/08/1991 Atendimento: 59174389 Prontuário: 8095747
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-1/1

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO, MEDICO CRM 50471 Nº: 38680902 17/05/2019 às 12:18

IDENTIFICAÇÃO

Nome	DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR	[1]
Sexo	Masculino	[1]
Idade	27 A 8 M	[1]
Data De Nascimento	28/08/1991	[1]
Nº Atendimento	59174389	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
----------------	---	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	tratamento cirurgico de fratura do punho esquerdo	[1]
-----------	---	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	2 Dias	[1]
---------------	--------	-----

7/10/2019 12:18
MARCIO BATISTA DE CARVALHO
CRM 50471

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019 12:22

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Dt. Nasc.: 28/08/1991

Atendimento: 59174389

Prontuário: 8095747

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP

Leito: SL-1/1

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO, MÉDICO, CRM 50471/17 Nº: 38660902 17/05/2019 às 12:18

IDENTIFICAÇÃO

Nome

DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

[1]

Sexo

Masculino

[1]

Idade

27 A 8 M

[1]

Data De Nascimento

28/08/1991

[1]

Nº Atendimento

59174389

[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário

S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

[1]

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDENCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal

tratamento cirurgico de fratura do punho esquerdo

[1]

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias

2 Dias

[1]

Assinado digitalmente por
MARCIO BATISTA DE CARVALHO
CRM 50471/17

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

18/05/2019 05:52

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR	Dt. Nasc.: 28/08/1991	Atendimento: 59174389	Prontuário: 8095747
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 113-RP/1	
Profissional(is): CRISLENE DA CRUZ CAMPELO COREN 657227 [1] JAMES OLIVEIRA DA SILVA COREN 999534 [2] VALDENISE COSTA DOS SANTOS - TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 273400 [3]		Nº: 38675108	17/05/2019 às 16:48

DADOS DO PACIENTE		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE		
Hora	19:00hs	[3]
Hora		
Descrição	Paciente segue sem queixas no momento, consciente, orientado, em AVP em MSD, segue sob cuidados da enfermagem.	[3]
Hora	22:00hs	[3]
Hora		
Descrição	Realizado medicações de horário.	[3]
Hora	00:00hs	[3]
Hora		
Descrição	Realizado medicação de horário, verificado SSVV, PA 12/8; P 75; R 20; TAX 36; SAT 100	[3]
Hora	06:00HS	[3]
Hora		
Descrição	Realizado medicações de horário, Verificado SSVV; PA 12/8; P 73; R 19; TAX 36; SAT 100	[3]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
Administração de Medicamentos e Medidas de Suporte	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 17:14, EM 17/05/2019 POR JAMES OLIVEIRA DA SILVA, COREN/PI 999534.	[2]
Administração de Medicamentos e Medidas de Suporte	PROFENID IV FRAP 100MG EV 1/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 18:36, EM 17/05/2019 POR CRISLENE DA CRUZ CAMPELO, COREN/PI 657227.	[1]
	DIPIRONA AMP AMPL 1000MG EV 1/4 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 18:37, EM 17/05/2019 POR CRISLENE DA CRUZ CAMPELO, COREN/PI 657227.	
Administração de Medicamentos e Medidas de Suporte	CEFAZOLINA SODICA FRAP 1GR EV 1/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 22:39, EM 17/05/2019 POR VALDENISE COSTA DOS SANTOS, COREN/PI 273400.	[3]
	PLAMET AMPL 10MG EV 1/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 22:40, EM 17/05/2019 POR VALDENISE COSTA DOS SANTOS, COREN/PI 273400.	

Valdenise Costa dos Santos
Valdenise Costa dos Santos
COREN - PI: 273.400 - TE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Dt. Nasc.: 28/08/1991

Atendimento: 59174389

Prontuário: 8095747

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: POSTO 1A - HRP

Leito: 113-RP/1

Profissional(is): DANIELA SEVERIANA GOMES DE LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 451665 [1]
RAFAELLA PLACIDO AMORIM CARDOSO, ENFERMEIRO(A), COREN 489888 [2] Nº: 38655132 17/05/2019 às 10:51

PACIENTE

Data De Admissão 17/05/2019

PRE-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Eletiva.

Data Da Cirurgia 17/05/2019

Procedimento Cirúrgico Proposto TT CIRURGICO DE FRATURAS E LUXAÇÕES

Pulseira De Identificação MSD.

Nome, dosagem, frequência NÃO

Alergia- Descrição NÃO

Tricotomia Sim

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum SIM.

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento enfa rafaella

Hora 12:00

Sala sala 1

Condições Da Pele ao início da cirurgia integra

Início Da Anestesia 12:50

Término Da Anestesia

Início Da Cirurgia 13:00

Término Da Cirurgia 14:30

Instrumentador RUTE

Circulante THALITA

Posição do paciente durante o ato operatório DORSAL.

Membro Ou Lado A Ser Operado MSE

Número Inicial De Compressas 2 UD

Número Total De Compressas Inseridas 2 UD

Contagem Final De Compressas 2 UD

Exames De Imagem Sim

Clorhexedine Alcoólico Sim

Material NÃO

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia INTEGRAL, COM FO SOB CURATIVO

Encaminhamento Do Paciente

Rafaella Placido Amorim Cardoso
COREN-PE 489.888 - Enf.

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Dt. Nasc.: 28/08/1991

Atendimento: 59174388

Prontuário: 8095747

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: POSTO 1A - HRP

Leito: 113-RP/1

Profissional(is): DANIELA SEVERIANA GOMES DE LIMA ENFERMEIRO(A) COREN 451665-11 Nº: 38854901 17/05/2019 às 10:48
 RAFAELLA RILACIDO AMORIM CARDOSO ENFERMEIRO(A) COREN 489688-11

DADOS DA ADMISSÃO

Date Da Cirurgia 17/05/2019
 Hora Da Cirurgia 11:00
 Cirurgia ttº cirurgico de luxações e fraturas E

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente centro cirurgico
 Identidade Do Paciente sim.
 Exames Complementares sim.
 Retirada De Adornos/Próteses sim.
 Paciente Refere Alergia SIM.
 Paciente Está Em Jejum SIM.

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente sim.
 Opme Checado Em Sala Cirurgica sim.
 Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica sim.
 Alergia Do Paciente São Conhecidas não se aplica.
 Medicções Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica sim.
 Kit Cirurgico Completo Em Sala sim.
 Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia sim.
 Sítio Demarcado Pelo Cirurgião sim.
 Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento sim.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função sim.
 Lateralidade Do Procedimento Esquerda.
 Paciente Certo sim.
 Sítio Cirúrgico Identificado sim.
 Procedimento sim.

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado sim.
 Checagem Completa Dos Equipamentos sim.
 Checagem Completa Das Medicções Anestésicas sim.
 Esterilização Do Material Confirmada E Validada sim.
 Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas sim.

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019 11:36

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR Dt. Nasc.: 28/08/1991 Atendimento: 59174389 Prontuário: 8095747
Convênio: HAPVITA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-1/1

Profissional(is): RAFAEL P. P. AMORIM CARDOSO, ENFERMEIRO(A) COREN 465898 Nº: 38657501 17/05/2019 às 11:25

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

paciente admitido no centro cirurgico para correção de fratura de punho esquerdo, evolui consciente, orientado, contactuente, colaborativo, calmo, respirando espontaneamente sem aporte de O2 suplementar, pele normocorada, sem lesões, em uso de curativo com tala em mao, hemodinamicamente estável, abdome plano e indolor, dieta zero desde as 11hs de ontem, avp em md pervio, funcionando e sem sinais flogísticos, sem queixas ao momento.

[1]

ALERGIAS

Alergias

nega

[1]

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

S

[1]


Rafael P. Amorim Cardoso
COREN PI: 465.898 - Ent.

A.N. 5953202811
Ex: 31157306
UP_EXM

Im: 1
2364 X 2964
E



1023 C: 5.1

HOSPITAL RIO POTY

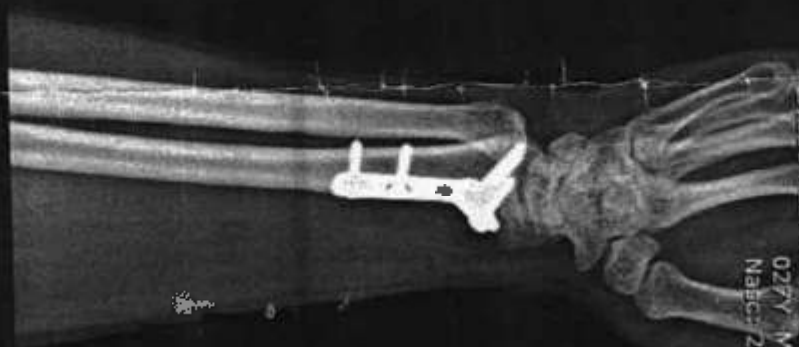
31/05/2019

09:27:34

DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

027Y M 8095747

Nasc: 28/08/1991



53.65

A.N. 5953202811

Ex: 31157306

UP_EXM

Im: 2 / 2

2370 X 1770

E



1023 C: 5.1

HOSPITAL RIO POTY

31/05/2019

09:27:34

DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

027Y M 8095747

Nasc: 28/08/1991

53.74



A. H. 001100001
EX. 00000000
00. 000
00. 000
000 X 000

00000000 00000000
00000000 00000000
DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR
0000. 00. 000000
0000. 00000000

E



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

18/05/2019 12:39

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR	Dt. Nasc.: 28/08/1991	Atendimento: 59174389	Prontuário: 8095747
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 113-RP/1	

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO MEDICO CRM 504211 Nº: 38713113 18/05/2019 às 12:39

DIAGNÓSTICOS

CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]



P.A. 0000000000
P.A. 0000000000
P.A. 000
P.A. 000
P.A. 000

INDUSTRIAL 0000000000
INDUSTRIAL 0000000000
INDUSTRIAL 0000000000
INDUSTRIAL 0000000000
INDUSTRIAL 0000000000
INDUSTRIAL 0000000000



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

Página 1 de 1

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Dt. Nasc.: 28/08/1991

Atendimento: 59174389

Prontuário: 8095747

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: POSTO 1A - HRP

Leito: 113-RP/1

Profissional(s): DAMIANA DA SILVA LEITE, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 273436 (RJ)

Nº: 38699686 18/05/2019 às 08:15

DADOS DO PACIENTE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

Hora

Hora

Descrição

RECEBO PACIENTE EM PO DE CORREÇÃO DE FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO "E", ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, BOA COMUNICAÇÃO VERBAL, EUPNEICO, CORADO, SSVV ESTÁVEIS, CURATIVO COM ATADURA EM REGIÃO RADIAL "E" LIMPO E SECO, AVP COM HV EM MSD, ACEITA DIETA OFERECIDA, SEGUE SOB CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Hora

Hora

Descrição

Pact. realizou banho de aspersão e hig. oral.

Hora

Hora

Descrição

Pact. aceitou almoço oferecido e verificado SSVV, administrado medicação de horário.

Hora

Hora

Descrição

Pact. recebe alta hospitalar após visita médica, realizado curativo e retirado acesso periférico por ordem médica.

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Damiana da Silva Leite
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR	Dt. Nasc.: 28/08/1991	Atendimento: 59174389	Prontuário: 8095747
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 113-RP/1	
Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO, MEDICO CRM 6047 (1) Nº: 38713119 18/05/2019 às 12:39			

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	pos operatorio de fratura do radio distal esquerdo sem queixas	[1]
	cd: alta medicação orientações gerais	
CID 10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]

Carla Maria de Carvalho


Paciente...: 8095747 DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Nascimento...: 28/08/1991 Sexo: M RG.: 2808529 SSP PI CPF.: 05486001398

Endereço...: R PROFESSOR BARRETO CORDEIRO 5264 VILA MOCAMBINHO TERES Tel.: 8699723886

Convenio...: HAPVIDA TERESINA

Matricula...: 02XWZ000179000018

RPA - RECUPERACAO

Solicitante: Dr(a) MARCIO BATISTA DE C

Queixa Principal:

PACIENTE DE 27 ANOS (FUNCIONÁRIO/COLABORADOR HAPVIDA), VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NA MADRUGADA, COLISÃO MOTO 2 CARRO. APRESENTANDO DOR IMPORTANTE, EDEMA E DESVIO DE EIXO EM PI

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS ESQUERDO

!^4N|B''

5917438931

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em rádio distal com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



UNIDADE ADMINISTRATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA NACIONAL DE TRIBUTAÇÃO
 SECRETARIA NACIONAL DE FISCALIDADE
 SECRETARIA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO

PIAUÍ

DIEGO ALLISON COSTA AGUIAR

CPF: 054.860.013-98 **DATA NASCIMENTO: 28/08/1991**

PLACA: 1476229013

RENDA: 1476229013

PERIODO: 01/01/2010 **DATA: 24/11/2010**

CPF: 054.860.013-98 **DATA: 04/03/2012** **PERIODO: 24/11/2010**

COBRANÇA: A

Assinatura do Titular: Diego Allison Costa Aguiar

LOCAL: TERESINA, PI **DATA DE EMISSÃO: 02/06/2017**

88160320655
PI318905596

PIAUI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1476229013

PROIBIDO PLASTIFICAR
1476229013

PI CORRETORA DE SEGUROS
21 AGO 2019
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PI 0020170365737 Nº 013405341930
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 1106496660 R.N. TR.C. 2018

NOME
DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

CPF / CNPJ
05486001398

PLACA ANT. / UF
9C2KCC2200HR022133

PLACA
PIW-3320

PAIS/MOTOCICLO/NEHRIMA
HONDA/CG 160 FAN ESDI

CATEGORIA
002P/162CC

VERMELHA

1ª IPVA

2ª

3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

100% (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

TERESINA

ADMINISTRADORA DE CONS N

13/11/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, CU NAO SEGURO DPVAT

PI Nº 013405341930 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 RENAVAM 05486001398 CDD RENAVAM 1106496660 R.N. TR.C. 2018

CPF / CNPJ 05486001398

PLACA PIW-3320

PAIS/MOTOCICLO/NEHRIMA HONDA/CG 160 FAN ESDI

CATEGORIA 002P/162CC

VERMELHA

1ª IPVA

2ª

3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO

100% (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

TERESINA

ADMINISTRADORA DE CONS N

PJ CORP
DE SEGURO
21 Ago 2018
DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491819 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR **Data do acidente:** 17/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) ALTA MÉDICA. P.01/02/03/19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.13

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491819 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR **Data do acidente:** 17/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) ALTA MÉDICA. P.01/02/03/19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.13

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Diego ALLYSON COSTA AGUIAR
RG: 2808529 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 054.860-013-98
Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: solteiro Profissão: Artista
Endereço: R. Prof. BARNATO COELHO Nº 5204
Bairro: HOLOMUNDA Cep: 64.010-600 Cidade/UF: Teresina, PI
Telefone: (86) 99972-3686 () ()

OUTORGADO:

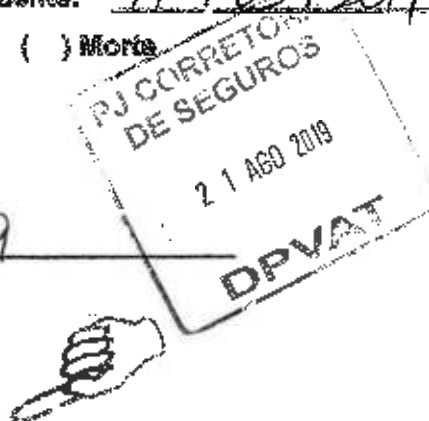
Nome: Antonio Floriano de Sousa
RG: 989071 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 347.220.123-00
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Travessa Felizes Q- C2 Nº 23
Bairro: Parque Brasil Cep: 64012-095 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 99408-2980 (86) 98112-3310 ()

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

Vítima: Diego ALLYSON COSTA AGUIAR
CPF: 054.860-013-98 Data do Acidente: 17.05.2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DANI () Morte

Teresina 20 de Agosto de 2019
Local e data

Diego Allyson Costa Aguiar
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

Cartório Teresina000000 Sampaio	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Rua Liberdade Negativa, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina - PI - Fone: (86) 3211-6156 - E-mail: atendimento@cartorio000000 Titular: Anaelina Gonçalves da Sampaio Pereira
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR. DOB PE EM TEST. <i>Diego</i> DA VERDADE. Selo: AAM59729-2GSU Teresina-PI, 20/08/2019. www.tjpi.jus.br/portalexta .	
<i>Diego</i> Maria da Socorro de Carvalho de Sene-Escriturante Autorizada Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:152 PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT	

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria da Socorro de Carvalho de Sene
Escriturante Autorizada
Teresina - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288008/19

Vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

CPF: 054.860.013-98

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA : 347.229.123-00

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

DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR : 054.860.013-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA
CPF: 347.229.123-00

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491819

Vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Data do Acidente: 17/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003828**

Conta: **0000019907-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491819

Vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Data do Acidente: 17/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 054-860-013-98 4 - Nome completo da vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

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

5 - Nome completo: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR 6 - CPF: 054-860-013-98
7 - Profissão: Pneuista 8 - Endereço: Rua Prof. Barreto Videiro 9 - Número: 5204 10 - Complemento: 1054
11 - Bairro: Mogambinho 12 - Cidade: Tatuí - SP 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13.010-600
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8599498-2980

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

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

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

20 - RENDA ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3828 CONTA: 000199070

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tatuí SP 21/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

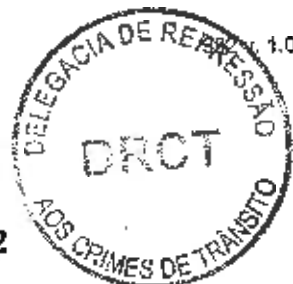
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001892/2019-42

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 21/05/2019 - 15:46

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

17/05/2019 - 01:25

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. DUQUE DE CAXIAS, Nº:

Complemento

Bairro

PRIMAVERA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 2808529

Mãe: MARLY COSTA AGUIAR

Endereço: RUA PROFESSOR BARRETO CORDEIRO, Nº 5284

Bairro: MOCAMBINHO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9972-3686

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 160 FAN, ANO 2016/2017, PLACA PIW-3320, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR, RELATA QUE TRAFEGAVA NA AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, QUANDO O VEICULO DE PLACA LVW-9683 AO PASSAR POR UMA LOMBADA PAROU LOGO DEPOIS SEM SINALIZAR, ONDE A VITIMA QUE VINHA LOGO ATRÁS NÃO TEVE COMO DESVIAR E COLIDIU NO VEICULO, ONDE A VITIMA SAIU LESIONADO, SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL RIO POTY, PRONTUÁRIO 8095747, FATO TESTEMUNHADO POR JOYCE KELLY SALES OLIVEIRA, CPF 031.477.883-77. RELATA A VITIMA QUE OS FAROIS E PISCA ALERTA ESTAVAM DESLIGADOS. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Escrivão de Polícia

DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 054-860-013-98 4 - Nome completo da vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

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

5 - Nome completo: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR 6 - CPF: 054-860-013-98
7 - Profissão: Pneuista 8 - Endereço: Rua Prof. Barreto Videiro 9 - Número: 5204 10 - Complemento: 1054
11 - Bairro: Mogambinho 12 - Cidade: Tatuí - SP 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13.010-600
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8599498-2980

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

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

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

20 - RENDA ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3828 CONTA: 000199070

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tatuí SP 21/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019 09:48

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Dt. Nasc.: 28/08/1991

Atendimento: 59162072

Prontuário: 8095747

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO

Leito: 184212/11

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO CRM 5047111

Nº: 38650819 17/05/2019 às 09:48

DADOS DO PARECER

Parecer

paciente com dor no punho d apos acidente de trabalho

[1]

et: dor, edema, deformidade, redução funcional

rx fratura do radio distal

cd: internação para cirurgia

imobilização

medicação

Dr. Marcio Batista de Carvalho
CRM 5047111



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000019907-0

Nr. da Autenticação 044C4751D756C4D5