

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

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

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

Eu, MARCOS ANTONIO VIDAL COSTA

RG nº 631.777

data de expedição 14/06/10

Órgão SSP/PI

portador do CPF nº 397.373.573-53

com domicílio na cidade de TERESINA

no Estado de

PIAUI

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

QUADRA-09 CASA-54 SETOR "C" MOCAMBINHO-I

nº

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

cujo o condutor era

Veículo: MOTO

Modelo: YAMAHA/XTZ 125 E

Ano: 2009

Placa: NIO-4267

Chassi: 9CBKE125090008968

Data do Acidente: 19/06/2019

Local e Data: Teresina 12.10.8 11



Assinatura do Declarante

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

Cartório
Teresina
Selo

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Lander Pereira 1021 - Centro - CEP: 64200-000 - Teresina - PI - Fone: (86) 3221-4153 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Fiduciária: Luizália Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIMA DE MARCOS ANTONIO VIDAL COSTA DOU FE. EM TESS. DA VERDADE. Teresina-PI 12/08/2019 Selo: AAH54227-BEXY
www.tpi3pi.br/portalestra

KELLY DE ABREU VALVERDE-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emp:3,85 TJ:0,77 EMP/PI:0,10 Selo:0,25 Total:4,98 - OP:461
DECLARAÇÃO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAUÍPIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kelly de Abreu Valverde
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

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

Nome: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA		Fronteiriço: 514573
Mãe: FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA		Pai: LUIS PEREIRA DA SILVA
End. Resid.: QD-18, CASA-37, SETOR-C MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 06/10/1984	Idade: 34a8m14d	Sexo: Masculino Fone: 86-98815-2246
Responsável: AMIGO-FLAVIO NERES		CNS: 998002938277433
Profissão: PRETISTA		Documento: CPF: 008.805.603-12
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 727268	Entrada: 20/06/2019 01:53:29	Convênio: S U S	Processo: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma da Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA POR VOLTA DAS 22H. FEZ RX NA UPA QUE EVIDENCIOU FRATURA EM MED. NÃO REFERE ALERGIAS. ENCAMINHADO DA UPA SATELITE PARA AVALIAÇÃO COM ORTOPEDISTA.		SUELEN DOS SANTOS SILVA COREN 166094 PI Em: 20/06/2019 02:03:01

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: ____ bpm	Pressão: ____ mmHg
----------------------------------	----------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	---------------------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, EVOLUI COM FRATURA DE PLATO TIBIAL <i>fratura</i>

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto) DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____ <i>JANILSON DOS REIS PIRES</i> MEDICO CRM-PI 7211
---	--

Assinatura Paciente ou Responsável

MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO
CRM PI 4792 Em: 20/06/2019 02:47:16



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Leighn Elton Lincoln Pereira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 54633

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Temp: 20/06/2019 02:03:02

(Usuário: SUELEN)

(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA		Prontuário: 514573
Mãe: FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA	Pai: LUIS PEREIRA DA SILVA	
End. Resid.: QD-18, CASA-37, SETOR-C MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 06/10/1984	Idade: 34a8m14d	Sexo: Masculino Fone: 86-98815-2246
Responsável: AMIGO-FLAVIO NERES		CNS: 898002938277433
Profissão: PRETISTA		Documento: CPF: 008.805.603-12
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)
Id. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 727268	Data: 20/06/2019 01:53:29	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Mecanismo do trauma significativo	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Laranja
Breve História: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA POR VOLTA DAS 22H. FEZ RX NA UPA QUE EVIDENCIOU FRATURA EM NID. NÃO REFERE ALERGIAS. ENCAMINHADO DA UPA SATELITE PARA AVALIAÇÃO COM ORTOPEDISTA.		Profissional Clas. Risco: SUELEN DOS SANTOS SILVA COREN 166094 PI Em: 20/06/2019 02:03:00	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Paciente referido acidente de trânsito com trauma de quadril D,
com dor e limitação funcional local
Rx -

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____	tem: ____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

CLÍNICA REALIZADO	
DATA: 20/06/19 HORA: 02:03	
TÉCNICO: [assinatura]	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

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

Flavio Neres
Assinatura Paciente ou Responsável

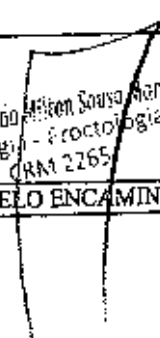
Assinatura - Profissional Médico



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 659201984	Nº REGULAÇÃO: 78981	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679639 - SATELITE-UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DR LUIZ MULTON DE ARBA LEO - (86) 3235-2074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON RÓDIA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE:	LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO: 06/10/1984

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PCTE REFERE ACIDENTE DE TRAFEGO COM TRAUMA EM JOELHO DIREITO, DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	
PROVAS DIAGNÓSTICAS:	
EXAMES SOLICITADOS: RX- FRATURA DE TIBIA A NÍVEL DO JOELHO DIREITO	
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA	
COMORBIDADE:	
PRESSÃO ARTERIAL: 130x100(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 79bpm
GLICEMIA: 147mg/dL	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15
USO DE O₂:	
USO DROGAS VASOATIVAS:	
USO ANTIBIÓTICOS:	
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:	
DATA: 19/06/2019 23:59:05	
 Dr. Raimundo Milton Sousa Marinho Cirurgião - Proctologia CRM 2265 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	



241485

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 241485
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA	6 - Prontuário: 514573
7-CNS: 898002938277433 8-Nascimento: 06/10/1984 9-Sexo: Masculino CPF: 008.805.603-12	
11-Mãe: FRANCISSA CLAUDIA DA SILVA	12-Fone: 86-98815-2246
13-Resp: AMIGO-FLAVIO NERES	14-Cor: Parda
5-Endere: QD-18, CASA-37, SETOR-C MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - CEP: 64000-000	
16-Munic: TERESINA 17-Cod. IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Trauma em pé direito</i>	
21 - Condições que justificam a internação: <i>Fratura do úmero</i>	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Ne</i>	
23-Diagnóstico Inicial: <i>Fratura da diáfise da tíbia</i>	34-CID Prim: S822 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050500	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	Tempo SUS 4
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 746.635.933-72	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	34-Data Solicitação: 20/06/2019	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM): <i>Lauro Tse Frontiers</i> <i>CRM-PI 1888 - CPF: 746.635.933-72</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CESJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 22/06/19	48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): <i>Celso Pires Ferreira Filho</i> <i>Assessor de Autismo ORCAMPS</i> <i>CRM-PI 1888 - CPF: 746.635.933-72</i>
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Lejoan Elton Lincon Pereira da Silva</i>				Usuário: (KARLA BATISTA) Consulta Local: 727268 Consulta SUS: Impressão: 20/06/2019 09:48:52

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 216473			
		AJH: 2219100452811			
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO					
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO					
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE SATELITE-UNIDADE INTEGRADA DE SAUDE DR LUIZ MILTON DE AREA LEAO				CNES 2679639	
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT				CNES 5828856	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
B98002938277433	LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA		06/10/1984	M	514573
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	8688152246	FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA	FLAVIO		
CÉP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
	Q - 18 C - 33 SC				
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF		
MOCAMBINHO		TERESINA	PI		
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FRATURA PLATO TIBIAL					
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TTO CIRÚRGICO					
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) RAIO X					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES					
CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIAFÍSE DA TÍBIA			CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408650500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DA TÍBIA					
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA			PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO (Nº DO CONSELHO)) MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO CPF: 8872489315 CRM:		
CARÁTER URGENCIA		DATA SOLICITAÇÃO 20/06/2019			
DATA ADMISSÃO 20/06/2019 01:53	DATA ALTA 21/06/2019 12:00	MOTIVO ALTA MELHORADO			
CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)					
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA
AUTORIZAÇÃO					
JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO					
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO)) CARLOS ACVES DE ARAUJO FILHO CPF: 2273937933 CRM:			NOME DO PROFISSIONAL / FAREJER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITÓRIA CRM: DATA ANÁLISE:		
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:					



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente <u>Leopoldo Elton Lincon pereira de Silva</u>			
Diagnóstico pré-operatório <u>TUM. PNTU PBLAK (D) 6-1V</u>			
Operação - Tipo <u>RMH e PNA POSTERIOR</u>			
Cirurgião <u>Leão-te</u>	1º Assistente <u>roberto (Rend.)</u>		
2º Assistente <u>Leão-te</u>	3º Assistente		
Instrumentador <u>Selene Loreti</u>	Anestesista <u>Leonardo</u>	Anestesia <u>Leão-te</u>	
Anestésico(a)			
Data da Operação <u>20.06.19</u>	Início <u>(9:00)</u>	Fim	
Diagnóstico pré-operatório			

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnicas: Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① DDA ② ASSPIL ③ LAMPAS
④ BASSO LAMPAS ⑤ PNTU e PNA
DEF SUPORTE ⑥ PNTU ⑦
CAPILAS

Leão-te
TRAUMATOLOGIA
CRM-DF 1860-50

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20/06/19

NOME DO PACIENTE: <u>Le John Alton Lincoln P. de Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>514573</u>
DIAGNÓSTICO: <u>FNAT - PARTO PRIMA D6-IV</u>	ORURGIA: <u>14 FIC PLUS posom</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	ANESTESIA: <u>Isa</u>
CIRURGIÃO: <u>Isa</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Bernardo Araújo</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Selene Ladeira</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>70</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº <u>80</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ÁLCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Crepom</u>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>20</u>		03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0</u>		02		CIRCULANTE: <u>Raque</u>			
PROLENE							



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 241485
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário:	314573
7-CNS:	898002938277433	8-Nascimento:	06/10/1984	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA			12-Fone:	86-98815-2246
-Resp:	AMIGO-FLAVIO NERES			14-Fone:	86-98815-2246
15-Endere:	QD-18, CASA-37, SETOR-C MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - CEP: 64000-000				
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:		
0408050500		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA		
31-Cod.Procedi- mento Especial		32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- cidata:
0702030902		PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)		1
Fornecedor da OPM: SPINE				

38-Profissional Responsável: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	40-Tp. Documento: CPF	41-Nº.Doc. Med. Solic: 746.635.933-72
39-Data Solicitação: 20/06/2019		42-Assinatura/Carimbo (Rg. Conselho) Lao Tse Frontiers TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA CRM-PI 1030 - CPF: 746.635.933-72

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

<i>Parecer com laudo anexado</i>

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 23/07/19	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria		52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria (CRM-PI 1030 - CPF: 746.635.933-72) CRM-PI 1030 - CPF: 746.635.933-72
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) (KARLA BATISTA)

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

DATA: 20/06/19	PA 120 x 75	PULSO 82	RESPIRAÇÃO 16	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OBS:
EXAME DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉRIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICO			
PRÉ-MEDICAÇÃO				APLICADO AS		EFEITOS	
				TOTAL DE DOSES			
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					Bupiv. P 15 mg Bupiv. 20 mg Meprob. 80 mg Propofol 2g Diprivan 2g Baco 10 mg Remifentanyl 50 mg Ondansetron 4 mg	
QUANTOS	SO - UTO						
	SANGUE						
	OUTROS						
TEMPERATURA T	C°					SEQUÊNCIA 1 Check list 2 Anestesia geral 3 1st intubado, B1 A+ p/ pulmão 4 B2-B4 Ag 25G Alguon 200 5 1st intubado 6 2nd intubado 7 3rd intubado 8 4th intubado 9 5th intubado 10 A+ A+ p/ pulmão B2-B4 Ag 25G 11 Alguon 200, 1st p/ pulmão 12 A2G 13 A2G 14 Sonda 15 Cadeia O2 EOL 1 min Ondansetron No qimol, lavado p/ RPA	
P ARTERIAL	38						
V O							
PULSO							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS		Raqui-anestesia				INCIDENTES - ACIDENTES	
OPERAÇÕES		Fr. plado tibial					
CIRURGIÕES		Lao					
ANESTESISTAS		Fevando Augusto					
PARTICULARIDADES		muga alergia e anabidade				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS	



DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE **LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA**, ESTÁ EM TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO NESTA REFERIDA CLINICA POR CONTA DE UM PÓS-OPERATÓRIO DE FRATURA NO TERÇO PROXIMAL DA TIBIA(D) FIXADA COM PLACA E PARAFUSOS ORTOPÉDICOS ,O MESMO APRESENTA ADM LIMITADA E DIFICULDADES AO DEAMBULAR NOS EXAMES DE IMAGEM FOI EVIDENCIADO AUMENTO DE PARTES MOLES E INICIO DE OSTEOPENIA,ATUALMENTE NÃO APRESENTA QUEIXAS ÁLGICAS.

FISIOTERAPEUTA

MONIQUE EVA MARQUES PEREIRA

Monique Eva Marques Pereira

CREFITO:272962/F

TERESINA, 25 DE SETEMBRO DE 2019.

[illegible]

MINISTERIO DE JUSTICIA

6299418188

44530029165

15.

12D620DDE61580c13F9083ca7adca26684cBw62091113

ИЗВЕЩАНИЕ

MEMBERSHIP

WITNESSES:

0000

感
冒

APPENDIX

NI0-4267

—MODINE ANTIFROST.

100

Abstract

8000

7

GASOLINING

100

CAVEGOTTA

PARTIC

QUESTIONS—

100

2

RIA

A

1

—

1

ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА

100-443887-1

TÍTULO FLENDORAL

MARCOS ANTONIO VIDAL COSTA

ACADEMIA DO ALUNO

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

DADO DE NASCIMENTO 22/05/1969 N.º IDENTIFICAD. 018494221362 D.V.

NOME COMPLETO JERESINAPI ZONA 001 SEÇÃO 0232

JULG. ELEITORAL 05/02/2014 DATA DE EMISSÃO

SOLICITAR DIRE

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO LÍQUIDO.



LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO

Identificação do Laudo:

Pag: 1 de 1

Código: 121830	Tipo: L. CORPORAL-ACID.	Requerente: DELEGACIA DE ACIDENTES	Cidade: TERESINA-PI
Data Requisição: 26/09/2019	Remeter para: O mesmo(a)	Data Exame: 31/10/2019	Hora Exame: 12:07
Local Exame: I.M.L.		Emissão do Laudo: 31/10/2019 13:07:10	

Identificação do Periciando:

Código: 100633	Nome: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA	Nacionalidade: Brasileira	Cor: PARDAS
Dt. Cadastro: 26/09/2019	Endereço: Q 18 C 37 SETOR C MOCAIMINHO I - MOCAIMINHO - TERESINA - PI		
Mãe: FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA	Pai: LUIZ PEREIRA DA SILVA		
CPF:	RG: 2 212 080-SSP PI	Registro Nascimento:	
Profissão: PEREIRISTA	Nascimento: 06/10/1984	Idade(ano): 34	Sexo: M Estado Civil: Casado(a)

LAUDO:

F R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - Perito Médico-Legista - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclareceram tudo quanto possa interessar. **H I S T Ó R I C O:** Periciando informa ter sofrido acidente de trânsito (queda da motocicleta que guiava), tendo o evento ocorrido por volta das 22:00 h do dia 19/06/2019, no bairro Mocaiminho, em Teresina - PI; tendo fratura de perna direita, sendo conduzido a UPA do Satélite, em seguida transferido ao HUV, onde foi submetido a tratamento cirúrgico. **DESCRIÇÃO:** Periciando elo e auto psiquicamente orientado apresentando cicatrizes cirúrgicas em perna direita, e com limitação funcional de 50% dos arcos de movimentos de perna direita. Periciando possui o prontuário médico que demonstra o procedimento médico realizado, bem como os dias de internação hospitalar (vide documentação em anexo). **CONCLUSÃO:** Periciando com sequela de lesão contusa que o inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais e produziu limitação permanente de 50 % dos arcos de movimentos de perna direita. **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp.: SIM. 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: CONTUNDENTE. 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: SIM. 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: SIM. Periciando com sequela de lesão contusa que o inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais e produziu limitação permanente de 50 % dos arcos de movimentos de perna direita. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: NÃO. 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: NÃO. Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

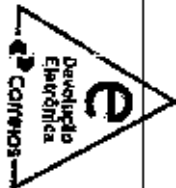
///////

REGIS CARLOS DE OLIVEIRA SOUSA
Perito Médico-Legista - CRM 5221 - PI

Outros



|||||
CTOE PORTALEZA CE PL7
MARCOS ANTONIO VIDAL COS 3A
QD MOCAMBINHO SETOR C 9 54 CA 54 QD 09
MOCAMBINHO
64010-280 - TERESINA - PI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190638174 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	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: 3190638174 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399955/19

Número do Sinistro: 3190638174

Vítima: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

CPF: 008.805.603-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/06/2019

Titular do CPF: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA : 008.805.603-12

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019

Nome: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

CPF: 008.805.603-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019

Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa

CPF: 164.083.787-65

LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399955/19

Vítima: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

CPF: 008.805.603-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/06/2019

Titular do CPF: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA : 008.805.603-12

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA
CPF: 008.805.603-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190638174

Vítima: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190638174

Vítima: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

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 joelho 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: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 00000319144-3

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 008.805.603-12 4 - Nome completo da vítima: LEOJON ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPP Nº 445/2002

5 - Nome completo: LEOJON ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 008.805.603-12

7 - Profissão: FARMACISTA 8 - Endereço: COM. MOCAMBINHO I 9 - Número: 37 10 - Complemento: A.10 Setor C

11 - Bairro: MOCAMBINHO 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64010-310

15 - E-mail: (86) 9 8815-2246

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

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

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (342)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0024 CONTA: 00319144 3

(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, renunciando 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, renunciando, desde já, em qualquer hipótese, a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Viúva ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou, o(a) companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)? ☐ 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 Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte é que os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cientes, ainda, de que qualquer contestação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a fim de responderem criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura da vítima ou do representante legal (se houver)

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: TERESINA/PI 08/12/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Procurador (se houver)

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003066/2019-38

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

Data/Hora: 12/08/2019 - 16:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. SANTA JOANA DARC Nº:

Complemento

MOCAMBINHO I

Data/Hora

19/06/2019 - 22:00

Bairro

MOCAMBINHO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA (34 ANOS)

RG: 2212880 SSP-PI

Mãe: FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA

Endereço: QD 18 CASA 37 SETOR C. Nº

Complemento: MOCAMBINHO I

Bairro: MOCAMBINHO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRA-CITADO CONDUZINDO UMA MOTO YAMAHA XZ 125F, COR AZUL, PLACA Nº-4267-PI, DE PROPRIEDADE DE MARCOS ANTONIO VIDAL COSTA, QUANDO SE ENGANCHOU NOS FIOS DE INTERNET QUE DESCERAM SOBRE A PISTA; QUE A VÍTIMA CAIU SENDO SOCORRIDA POR SUA IRMÃ E LEVADA AO HOSPITAL DO SATÉLITE, TRANSFERIDO POSTERIORMENTE AO HUP (PRONTUÁRIO 514573). QUE, O REFERIDO ACIDENTE TEM COMO TESTEMUNHA LUCIANO LEAL DE ARAUJO, RG: 1112309 SSP-PI, INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

P/O: *Almiralce Ribeiro Lebre Carlos*
Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mai.

AGENTE DE POL

Lejohn Elton Lincon Pereira da Silva
LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA (34 ANOS)

Noticiante
Responsável pela Informação

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Delegacia Geral de Polícia Civil-PI
CPF: 145.329.117

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: 04/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000319144-3

Nr. da Autenticação E0648257A4FCEDBA



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



042189



LEJOHN ELTON LINCON FERREIRA DA SILVA
JOSE ALMEIDA NETO, 37 QUADRA 18
MOCAMBINHO I
TERESINA PI
64010-310



5013196987416130000004218930200819