

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: 19/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00788-9

CONTA: 000010018182-1

Nr. da Autenticação 49D2516F89584892

TIM BLACK

Página 1 de 4

R\$ 215,71

VENCIMENTO

25/04/2019

EMIÇÃO: 07/04/2019

POSTAGEM: 16/04/2019

FATURA: 375919025

CLIENTE: 167423071

CPF/CNPJ: 849.894.105-8

ACESSO: 86.999.99.3000

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RUA SETE DE SETEMBRO, 244

CENTRO

64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

IMPORTANTE PARA ADRIANA

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR A 06/ABR

Prezado cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 28/04/2019, sem cobrança de juros e multa.

Serviços TIM S.A.	VALOR
☒ Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 199,99
☒ CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,39
☒ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,46
☒ COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 8,87

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

DESCRIÇÃO DA CONTA

Serviços que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 199,99
10 GB de Internet	10GB	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 5,39
Minutos locais e DDD com 41	ilimitado	109m54s	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 1,46
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 8,87
TIM Music	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00
TIM Banca Virtual	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00
TIM Backup 30GB	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

APÓSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 1,01	Informações Complementares - Planos e Serviços
JNS	30%	R\$ 150,00	R\$ 45,30	FUNTEL: R\$ 0,30	Inclusão R\$ 0,00 (Planos)
SIDOFINS - Serviços Telecom	3,65%				Franquia(s)
SIDOFINS - Serviços Não Telecom	4,65%				SVA
SIDOFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				Desconto(s) Franquia(s)
					Desconto(s) SVA

Atendimento 07/04/2019

Contribuições do FUST (3%) e FUNTEL (0,3%) não são repassadas ao cliente

**AGÊNCIA CORRETORA
DE SEGUROS**

12 JUL 2019

DPVAT

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e pagar a fatura com o cartão de crédito TIM. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento: 1056

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
ABR/2019

DATA DE EMISSÃO
07/04/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/04/2019

VALOR
R\$ 215,71

VIA BANCÁRIA

84610000002 - 1 15710109011 - 4 00375919025 - 3 40421536776 - 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



TIM BLACK

Página 1 de 4

R\$ 215,71

VENCIMENTO

25/04/2019

EMIÇÃO: 07/04/2019

POSTAGEM: 16/04/2019

FATURA: 375919025

CLIENTE: 16742307

CPF/CNPJ: 845.894.105-8

ACESSO: 86.999.99.3000

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RUA SETE DE SETEMBRO, 244

CENTRO

64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

IMPORTANTE PARA ADRIANA

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR A 06/ABR

Prezado cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 28/04/2019, sem cobrança de juros e multa.

Serviços TIM S.A. VALOR

☒	Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 199,99
☒	CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,39
☒	OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,46
☒	COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 8,97

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

DESCRIÇÃO DA CONTA

Serviços que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 199,99
10 GB de Internet	10GB	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 5,39
Minutos locais e DDD com 41	ilimitado	109m54s	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 1,46
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 8,97
TIM Music	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00
TIM Banca Virtual	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00
TIM Backup 30GB	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

APÓSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 1,01	Informações Complementares - Planos
JNS	30%	R\$ 150,00	R\$ 45,30	FUNTEL: R\$ 0,30	Inclusão Hóbil Planos
SHOOFINS - Serviços Telecom	3,65%				Franquia(s)
SHOOFINS - Serviços Não Telecom	4,65%				SVA
SHOOFINS - Serviços Não Telecom	5,25%				Desconto(s) Franquia(s)
					Desconto(s) SVA

Atendimento 07/04/2019

Contribuições do FUST (3%) e FUNTEL (0,3%) não são repassadas ao cliente

**AGÊNCIA CORRETORA
DE SEGUROS**

12 JUL 2019

DPVAT

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e pagar suas faturas diretamente no cartão de crédito. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento: 1056

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
ABR/2019

DATA DE EMISSÃO
07/04/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/04/2019

VALOR
R\$ 215,71

VIA BANCÁRIA

84610000002 - 1 15710109011 - 4 00375919025 - 3 40421536776 - 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradomalider.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 08 às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-012 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 91 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 92 86 | Central Ouvidoria: 0800-031 91 25

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=3&CODIGO=22635>

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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MENCIONADOS SEGUROS, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTERAGENTE 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 93.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Paula de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Valdeir Ribeiro Lopes da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 940.355.463 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Lucas Ribeiro Flor

inscrito (a) no CPF sob o nº 940.355.463 / 53 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 Sete de Setembro</u>		Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elestão Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64.325-000</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com.br</u>			Tel.(DDD): <u>(86) 99983-6008</u>

Local e Data: Elestão Veloso - Piauí - 09.07.2019

Adriana Paula de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

Eu, Antonio Valdecir Ribeiro Lopes da Silva
RG nº 1.263.112, data de expedição 22/04/13,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 910.355.463-53,
com domicílio na cidade de Elesbão Veloso, no Estado de
Piçarrá, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Oliveira José de Brito nº 518
complemento Santa Olívia, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Lucas Ribeiro Flor, cujo o condutor era
Bruno Ribeiro Flor.
Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG 125 FAN Ano: 2006/2007
Placa: LVM-3296 Chassi: 9C2JC30707R00462
Data do Acidente: 13/04/2019

Local e Data: Elesbão Veloso, Piçarrá, PI 17.06.19

Antonio Valdecir Ribeiro Lopes da Silva

Assinatura do Declarante

Bruno Ribeiro Flor

Assinatura do Condutor

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

Reconheço verdadeira a
firma

Antonio Valdecir
Ribeiro Lopes da
Silva e Bruno
Ribeiro Flor

Em testemunha de verdade,
Elesbão Veloso, 17.06.19

Maria de Lourdes Leal Sousa
Escrevente

Maria de Lourdes Leal Sousa
Escrevente de Cartório
Cartório 2º Ofício
Elesbão Veloso - PI



Comarca de Elesbão Veloso
Cartório
(86)





Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro
Fone: (86) 3285-1133 - Elesbão Veloso - PI
CNPJ: 06.553.564/0012-90



FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

Paciente: <u>Luca Ribeiro F. L.</u>		Idade: <u>1</u>	Data Nasc.: <u>03/04/2018</u>	Cartão SUS: <u>88800407908100</u>
Endereço: <u>Quilômetro 10 km de Brita</u>		Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elesbão Veloso</u>	
Data do Atendimento: <u>30/06/2019</u>		Hora: <u>19:40</u>	Tipo: ☐ Urgência ☐ Emergência ☐ Outros	
Exame físico: Sinais Vitais PA: <u>1</u> mmHg FC: <u>1</u> R: <u>1</u>		Telefone do Paciente: <u>99557-612</u> <u>Carla (Mãe)</u>		
Glicemia Capilar: <u>1</u> Saturação O ₂ : <u>1</u>		GLASGOW: <u>1</u>		
Histórico Clínico: <u>Paciente vítima de acidente motorizado</u> <u>se capoteu. Menor de 17 anos.</u> <u>Pronto Socorro</u>				
Diagnóstico Inicial: <u>Fratura</u>				
Prescrição Médica na Urgência: <u>03 Dor 100 mg 100 mg 100 mg</u> <u>02 Analgésico 100 mg 100 mg 100 mg</u> <u>01 Analgésico 100 mg 100 mg 100 mg</u>			Anotações de Enfermagem: <u>Exame físico</u> <u>Exame físico</u> <u>Exame físico</u> <u>Exame físico</u> <u>Exame físico</u>	
Destino Paciente: Data: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u> Hora: <u>1</u>				
() Internação () Transferência				
() Sala de Observação () Óbito <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u> Hora: <u>1</u>				
() Liberado após medicação/tratamento ambulatorial				

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

CONFERE COM O ORIGINAL

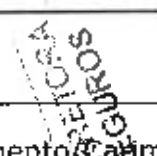
Rafaela S. Onias
29/04/19

DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 20 - 64 303

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Aut - 508 4.581.513

DA UNIDADE <i>SE ENM</i>	PARA A UNIDADE <i>HUT</i>
PACIENTE <i>Francisco Ribeiro Flor</i>	REGISTRO
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <i>Paciente vítima de acidente motociclístico com trauma de tórax e MIE.</i> <i>Rx encaminhado: Fratura completa fêmur E</i>	
DATA <i>13/04/19</i>	 Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

FICHA DE RETORNO

A UNIDADE	PARA A UNIDADE
CONFERE COM O ORIGINAL <i>Rayanne A. Orlas</i> <i>21/04/19</i>	
DATA ____/____/____	 Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

OBSERVAÇÃO:

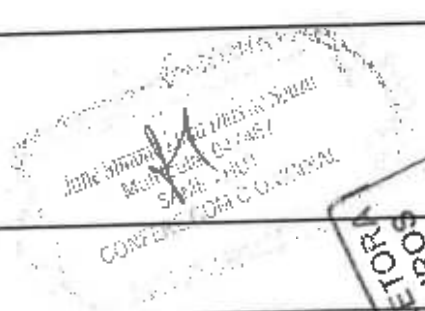
1. Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem.

DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ID - 05363

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Aut - 506451854

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE	
<i>H. E. Moura</i>	<i>HUT</i>	
PACIENTE	REGISTRO	
<i>Ruiz Rikardo Flor</i>		
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO		
<i>Paciente vítima de acidente motociclístico com lesões de tórax e MIE.</i> <i>Rx diagnóstico: Fratura completa tíbia E</i>		
DATA <i>13 / 04 / 19</i>	 Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo	

FICHA DE RETORNO

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE	
DATA ____ / ____ / ____	  Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo	

OBSERVAÇÃO:

1. Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem.



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Lucas Ribeiro Flor

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 508350



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



Imp: 14/04/2019 10:36:19

(User: CAMILA NORBERTA)

(Estação: REC3PCAOJ2)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

NHE 1510019
08:00

Nome:	LUCAS RIBEIRO FLOR	Prontuário:	508350
Mãe:	MARIA APARECIDA FLOR	Pai:	
End. Resid.:	RUA OLIVEIRA JOSE DE BRITO - SANTA CLARA - ELESBAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000		
Nascimento:	03/04/2007	Idade:	12a0m11d
Responsável:	MARIA APARECIDA FLOR	Sexo:	Masculino
Profissão:	ESTUDANTE	Fone:	86-99557-6922
G. Instrução:	Não informado	CNS:	898004079081008
End. Local:		CPF:	* RG: -
		E. Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	716924	Data:	14/04/2019 10:15:57	Condução:	AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Trajetória:	Não	Típico:	Não
				CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:	CID:
Diagnóstico Inicial:							

CONDUITA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ALTA:	() Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: () Transferência:
ÓBITO:	() Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs	DESTINO: () Família () IML () Anat. Patol.	DATA SAÍDA: / / () Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:
			HORA: Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

196419

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

4-CNES

5828856

236956

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LUCAS RIBEIRO FLOR

6 - Prontuário: 508350

7-CNS: 898004079081008

8-Nascimento: 03/04/2007

9-Sexo: Masculino

12-Fone: 86-99557-6922

-Mãe: MARIA APARECIDA FLOR

14-Cor: Sem Informação

13-Resp: MARIA APARECIDA FLOR

15-Endereço: RUA OLIVEIRA JOSE DE BRITO - SANTA CLARA - CEP: 64325-000

17-Cod. IBSGE: 220350

18-UF: PI

19-CEP: 64325-000

16-Município: ELESBAO VELOSO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM MIE

21 - Condições que justificam a internação:

TTO CIRURGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

X FISICO + RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tíbia

24-CID Prim:

S822

25-CID Sec.:

26-CID C.Ans.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050500

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Med. Solic.:

02

01

CPF

892.673.703-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

14/04/2019

LEOCÁDIO SOARES DA SILVA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

37-() Acidente Trabalho Típico

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CEF

51 - Assinatura ou Responsável:

Usuário: (LEOCADIO)

Consulta Local: 716924

Consulta SUS:

Impressão: 14/04/2019 10:28:50

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEO 12409
35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

DESEGUROS

DPVAT

Dr. Carlos Alencar
ASSISTENTE DE ADMINISTRAÇÃO
CRM-PI 4468 - TEO 12409
CNS: 98512-1
35-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 196419
	AIH: 2219100256549
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 896004079081008	NOME DO PACIENTE LUCAS RIBEIRO FLOR	NASCIMENTO 03/04/2007	SEXO M	PRONTUÁRIO 508350
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8632851042	NOME DA MÃE MARIA APARECIDA FLOR	RESPONSÁVEL MARIA APARECIDA FLOR	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA OLIVEIRA JOSE DE BRITO	NÚMERO / LOTE 00		
BAIRRO SANTA CLARA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO ELESBAO VELOSO	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM TÍBIA ESO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX E EXAME FÍSICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S832 - FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA		
LEITO/CLÍNICA ORTOPÉDIA TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LEOCADIO SOARES DA SILVA CPF: 89367376391 CRM: 1404/2019	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 14/04/2019	
DATA ADMISSÃO 14/04/2019 10:15	DATA ALTA 15/04/2019 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIO FLAVIO SANTOS FERREIRA CPF: 55376835391 CBML	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROL E AVALIAÇÃO AUDITORIA DATA ANÁLISE: 14/04/2019 10:47:17 CPF
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

PRVAT



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Lucas Romero Fran

Diagnóstico pré-operatório

AVULS. AIAF. TIBIA (E)

Operação - Tipo

Cirurgião

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEOT 12409

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

14/4/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Dr. João Manoel Lima Mac de Souza
Matr. Méd. 017461
CRM-PI 4468 - TEOT 12409
COM EST. ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Redução em BAH. ab. anterior com MIE sangüíneo.
- 2) Anestesia + anti-sepsia com campos ester.
- 3) Incisão anterior - ungueal + disseção profunda com
placa de fixação e furto.
- 4) Limp. com S.O. 4/0.
- 5) Sutura + Retirada sangüíneo com BPA.
- 6) Anest.
- 7) M-SILPA

DESEMPENHO
DE SEGUROS
12 JUL 2019
BPA
BPAVAT

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEOT 12409

HUT
HUT is a leading provider of construction management services, offering a wide range of services to its clients. The company is currently seeking qualified individuals for various positions across its divisions.

INCIDENTE - ACIDENTE

CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2008

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS
IMEDIATAS

MEDPVA

CONFIRMAR COM O ORIGINAL

DATA 14 / 04 / 19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>Lucas Ribeiro Flor</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>508350</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>01</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Leocádio Soares</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Dr. José Rodrigo</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Raque</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.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>6,5</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.			<u>eletrodos</u>	"	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>escovas p/ degerman</u>		03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>lepon</u>		03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>3.0</u>	"	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>2.0</u>	"	02		CIRCULANTE: <u>Mélio Silva</u>			
PROLENE							

Jane Simone Lima Reis de Sousa
Médica de Família e Saúde
SAB - FHT
CONF. SUP. E ORIGINAL

COORDENADORA
DE SEGUROS
12 JUL 2019

DPVAT



**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: 236956
3-Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LUCAS RIBEIRO FLOR			6 - Prontuário: 508350	
7-CNS: 898004079081008	8-Nascimento: 03/04/2007	9-Sexo: Masculino	0000000000	
11-Mãe: MARIA APARECIDA FLOR			12-Fone: 86-99557-6922	
13-Resp: MARIA APARECIDA FLOR			14-Fone: 86-99557-6922	
15-End: RUA OLIVEIRA JOSE DE BRITO - SANTA CLARA - CEP: 64325-000				
16-Munic: ELESBAO VELOSO	17-Cod. IBGE: 220350	18-UF: PI	19-CEP: 64325-000	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

1-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- cidada:
0702030902	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)		1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA			

38 Profissional Responsável: LEOCÁDIO SOARES DA SILVA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 14/04/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 892.673.703-91

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEO 12409
Ass. Carimbo: Mod. Sol. (CRX)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

OSTEOSSINÓTE FIBRA (E)

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: LEOCÁDIO SOARES DA SILVA	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (R. Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 14/05/19	52-cys/ Assessoria de Auditoria (ORCA/FMS) CRM-PI 2974 - CPF: 804.175.743-61 CNS: 980016281738417

(ANTÔNIO EURIVAN)

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

SOLICITAÇÃO DE PERMANÊNCIA MENOR

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Lucas Ribeiro Flor Nº PRONT.: 508350 Nº LAUDO: 236956

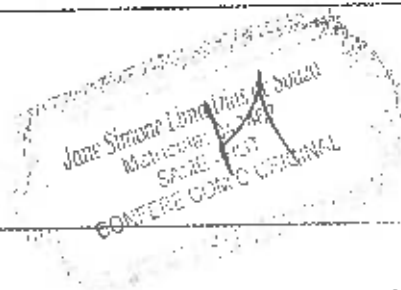
JUSTIFICATIVA

PACIENTE RESPONDEU DE FORMA SATISFATÓRIA AO
TRATAMENTO OFERTADO, COM MELHORA CLÍNICA
CONSIDERÁVEL.


Dr. Sérgio Leal Tenreiro
CRM - 3431
Ouro Preto - RJ

DATA:

ASSINATURA DO MÉDICO


Jane Simone Lima Lima de Souza
Médica
SACRE - RJ
CONFERE COM O ORIGINAL

AUDITOR

AUTORIZO

AUDITOR 

Dra. Mariléa da Silva Leal
Assessora de Auditoria (DRC-44 / FMS)
CRM - RJ: 2975 - CPF: 804.175.743-04
CNS: 980616281738417

DATA: 13/05/15

ASSINATURA DO AUDITOR

[illegible]



DATA 15/04/2019

DATA NASCIMENTO 03/04/2007

IDADE 12

LEITO 12

ENFERMAGEM EXTRA4

PRONTUÁRIO 508350

CLÍNICA Ortopédica

NOME DO PACIENTE LUCAS RIBEIRO FLOR

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS : () MINIMOS () INTERMEDIARIOS () SEMI-INTENSIVAS () INTENSIVOS

SINAIS VITAIS										ENTRADAS		SAÍDAS	
HORA	T	P	R	PA	BAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURSE	DRENO		
12													
13													
24													
06													

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:		CONTROLE:		MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"	
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limite 3): 1-Totalmente / 2-Parcialmente / 3-Nenhuma							
UMIDADE (Limite 2): 1-Completa / 2-Muito / 3-Ocasionalmente / 4-Nenhuma							
ATIVIDADE (Limite 3): 1-Totalmente / 2-Parcialmente / 3-Nenhuma							
NUTRIÇÃO (Limite 3): 1-Bom / 2-Insuficiente / 3-Muito / 4-Extremamente							
FRACÇÃO E ORIENTAMENTO (Limite 3): 1-Totalmente / 2-Parcialmente / 3-Nenhuma							
TOTAL:							

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:		PONTOS:		CONTROLE:	
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0					
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0					
3. AVALIAÇÃO DE AMBULAÇÃO: Independente - 10 / Precisa de ajuda - 5 / Precisa de ajuda - 0					
4. TERAPIA FISIOTERAPÊUTICA: SIM - 20 / NÃO - 0					
5. MARCHELA: Comprimidos / Caméclon - 30 / Frase - 15 / Nenhum / Sem descontinuação, acamado, cadeira de rodas - 0					
6. ESTADO MENTAL: Supervisão constante / Equilíbrio instável - 15 / Ocasional / Capaz quanto a suas capacidades / Limitado - 0					
TOTAL:					

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:		PONTOS:		CONTROLE:	
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0				SEM RISCO SR: 6-24	
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0				BAIXO RISCO BRL: 25-50	
3. AVALIAÇÃO DE AMBULAÇÃO: Independente - 10 / Precisa de ajuda - 5 / Precisa de ajuda - 0				ALTO RISCO AR: > 51	
4. TERAPIA FISIOTERAPÊUTICA: SIM - 20 / NÃO - 0					
5. MARCHELA: Comprimidos / Caméclon - 30 / Frase - 15 / Nenhum / Sem descontinuação, acamado, cadeira de rodas - 0					
6. ESTADO MENTAL: Supervisão constante / Equilíbrio instável - 15 / Ocasional / Capaz quanto a suas capacidades / Limitado - 0					
TOTAL:					

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Estado Mental: () Corresponde () Orientado () Torporoso	
Glasgow: AO / RV / RM	
2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação	
() Parafasia () Hiperreflexia () Hipotensão	
() Déficit Motor	
3. Respiração: () Espontânea () Dispnéico () Taquipnéico () JIQT	
() Sem O ₂ () Com O ₂	
4. Sistema Cardiovascular: () JBNR () JBNF () JET () Normocárdico	
() Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:	
5. Dieta: () VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero	
() Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()	
6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso	
() Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:	
7. Pele e mucosas: () Normocrado () Hipocrado () Ictérico () Integra	
() Edemal/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas	
() Escoriações () LPP's	
8. Hidratação: () JAVP () JAVC () JAVE () JIBer	
9. Orenos: () Suctor () Torácico () JIVE () Kiber	
() Penrose () Outros:	
10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal	
() Reduzida () Hematuria () Outros:	
11. Evacuações: () Presentes () Constipado dias () Diarreia dias	
() Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:	
12. Admissão: 12.1: Alergias () Não () Sim, Quais?	
12.2: Comorbidades: () Mega () DM () HAS () Outras, Quais?	
12.3: Medicamentos de uso contínuo:	



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE WAGAS Ruyano Flan	PRONTUÁRIO 508350	CLÍNICA DOENÇAS	ENF. OU APT EXERCÍCIO	LEITO Quadrante	DATA DE NASCIMENTO
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES	
1) Glitec 100mg					
2) SAC 500mg - 500ml (60) 7/12h					
3) Cefazolin - 300mg (60) 8/12h		08-06			
4) Digoxina - 1,5ml (60) 6/12h		08-06 08:40h			
5) Paracetamol - 305mg (60) 8/12h		08-06			
6) Thiopropeno - 305mg (60) 8/12h		08-06			
7) Salic					
8) Grand 50mg + 500mg + 500mg		08-06 08:40h			

MÉDICO / CRM:

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

NOME:

Lucas Ribeiro Fles

PRONTUÁRIO:

508350

IDADE:

ENFERMARIA/LEITO:

Conceição

DATA:

14/04/19

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS () ALTA DEPENDÊNCIA

HORA	SINAIS VITAIS					ENTRADAS			SAÍDAS		
	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO ORAL	SONDA ORAL	DIURSE	EVAC. DRENO
12											
18											
24											
06											

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:	CONTROLE:	MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"	
• PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1- Totalmente 2-Muito 3-Lavemente 4-Nenhuma			ALTO RISCO BR: < 12		
• UMIDADE (Limitação): 1- Completamente 2-Muito 3-Ocasionalmente 4-Nenhuma			MEDIO RISCO BR: 12 & 14		
• ATIVIDADE: 1- Acamado 2-Cadeira rotativa 3- Andando 4-Parcialmente 5- Livre			BAIXO RISCO BR: > 14		
• MOBILIDADE (Limitação): 1- Totalmente 2-Muito 3-Lavemente 4-Nenhuma					
• NUTRIÇÃO: 1- Muito pobre 2-Inadequada 3-Adequada 4-Exceção					
• FRICÇÃO E CISALHAMENTO: 1- Problema 2-Problema Potencial 3- Nenhum Problema					
TOTAL:			CLASSIFICAÇÃO		

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:		PONTOS:	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0			SEM RISCO BR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0			BAIXO RISCO BR: 25-50
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Nenhuma 0-30 / Poucas 31-40 / Muitas 41-50 / Muito 51-60 / Total 61-70			ALTO RISCO BR: > 61
4. TERAPIA ENDÓGENA: SIM - 20 / NÃO - 0			
5. MARCHA: Confiável 0-30 / Fraca 31-40 / Normal 41-50 / Semidambulação, uso de muletas 51-60 / Instável 61-70			
6. ESTADO MENTAL: Sucesso 0-30 / Falha 31-40 / Orientação 41-50 / Desorientação 51-60 / Inconsciente 61-70			
TOTAL:			CLASSIFICAÇÃO:

() EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM / () ADMISSÃO		HORA:
1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso		
Glasgow(AO/RV/RM):		
2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação		
() Paratética () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor		
3. Respiração: () Neupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () Sem O ₂		
() Com O ₂		
4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () 2T () Normocárdico		
() Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:		
5. Dieta: () VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero		
() Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()		
6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso		
() Impalpável () Doloroso () Indolor () Outros:		
7. Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Intagra		
() Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas		
() Escoriações () LPPs		
8. Hidratação: () AVP () AVC () Outros:		
9. Drenos: () Sutor () Torácico () DVE () Kher ()		
Penrose () Outros:		
10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal		
() Reduzida () Hematúria () Outros:		
11. Evacuações: () Presentes () Constipado () diarreia		
() Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:		
12. Alergias () Não () Sim- Quais:		
12.1. Comorbidades: () Nega () DM () HAS () Outros		
12.2. Medicamentos de uso contínuo:		
18:30 - Deambula sozinho da sala para o TQT da TPT durante 15 min de avaliação da TPT e TQT. Não há mais de 20 min de avaliação da TPT e TQT. Avaliação feita em 18:30, avaliação feita em 18:30.		

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME: União Ribeiro Flor IDADE: 12 anos DATA: 14/04/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO: 15 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA: fratura de tíbia CIRURGIÃO: _____

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>80</u>	<u>116</u>
SATURACÃO DE O ₂ (%)	<u>100</u>	<u>100</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>amuel</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Terr. apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR SAÍDA						<u>10</u>

Jairo Francisco de M. Freitas
 ASS. ENFERMEIRO
 COREN-PI 157307

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG() NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 15:45 - Admitido em R-PA ao 1º de H.O. cirúrgico de fratura de tíbia. Comendo, excreta. Sob efeito de analgesia, expulsa, sem dor, urina. Sinais vitais estáveis.

Jairo Francisco de M. Freitas
 ASS. ENFERMEIRO
 COREN-PI 157307

14 JUL 2019
 PJ CORRETORES DE SEGUROS
 12 JUL 2019
 Dr. Libório
 Anestesiologista
 CRM-PI 065
 ALTA SRPA
 HORÁRIO
 ANESTESIOLOGISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()
 POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () PORT () NEU () CIR () MÉD

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUCAS RIBEIRO FLOR (Prontuário: 508350)**
 Endereço: RUA OLIVEIRA JOSE DE BRITO - SANTA CLARA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
 Nascimento: 03/04/2007 Idade: 12a2m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236956
 Requisição: 943090 Solicitação: 14/04/2019 Solicitante: LEOCÁDIO SOARES DA SILVA
 Controle: 1194864 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 SUPLEMENTAR EXTRA 003

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080188

Data Exame: 14/04/2019

PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada na diáfise média da tibia, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 18/06/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUCAS RIBEIRO FLOR** (Prontuário: **508350**)
 Endereço: RUA OLIVEIRA JOSE DE BRITO - SANTA CLARA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
 Nascimento: 03/04/2007 Idade: 12a2m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236956
 Requisição: 943090 Solicitação: 14/04/2019 Solicitante: LEOCÁDIO SOARES DA SILVA
 Controle: 1194864 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 SUPLEMENTAR EXTRA 003

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 14/04/2019

PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada na diáfise média da tíbia, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 18/06/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL ESTADO DO PIAUÍ

Comarca de Elesbão Veloso
Município de Elesbão Veloso
Raimundo de Souza Sobrinho
Oficial do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, às fls. 155 do livro 43-A sob Nº de Ordem 25.349, foi lavrado o assento de nascimento de LUCAS RIBEIRO FLÔR, do sexo masculino, nascido no dia 03 de Abril de dois mil e sete (2007), às dezesseis horas e quinze minutos, em Elesbão Veloso-PI.

filho (a) de Antonio Valdeci Ribeiro Lopes da Silva
e Dona Maria Aparecida Flôr da Silva

sendo avós paternos João Ribeiro de Freitas
e Dona Francisca Lopes da Silva

e avós maternos João Flôr de Lima -falecido
e Dona Francisca Afonso de Oliveira

O assento foi lavrado em 09 de Maio de 2007, tendo sido declarante a mãe e serviram de testemunhas Manoel Soares da Silva e Ecielma Tereza dos Santos.

Observações: Nada a ressaltar.

Cartório do 2º Ofício
Praça Santa Teresinha
Elesbão Veloso-PI CEP: 64.325.000
Fone: (0xx) 86-3285-1407

O referido é verdade e dou fé.

Elesbão Veloso (PI), 09 de Maio de 2007

Raimundo de Souza Sobrinho

Oficial

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT



VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 22/04/1991.

ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA

NOME: João Ribeiro de Freitas

FILIAÇÃO: Francisca Lopes da Silva

Elebão Veloso - Pi, 30/01/1973.

Naturidade: DATA DE NASCIMENTO

Nat: N.º 16.435.11v.36-a.fl.55-v.ex

DOC ORIGEM

em: E. Veloso - Pi 17/09/1983.

CPF

Padro Gomes da Mota

ASSINATURA DO TITULAR

LEI N.º 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de identificação

910.355.463-53

Nome

ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA

30/01/1973

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

ABR/2000

BANCO DO BRASIL

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SISTEMA NACIONAL DE CREDENCIAMENTO
E REGISTRO NACIONAL DE VEÍCULOS AUTOMOTORES

PIAUÍ

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / CRLH. EMISSORAS
1651571 803 PI

CPF
849.394.433-53

DATA DO BOMBEIO
30/07/1977

PLACAR
JOSE MISSIAS DA SILVA

MARIA CARMEN DA
SOUSA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACE
ACE

CETIPAR
21

IPRONTA
06983294635

VALIDADE
03/01/2019

PLACAR
04/01/2019

VALOR EM TODO
O REGISTRO NACIONAL
1554703040

EXEMPLOS

Adriana Carla de Sousa Silva

IDENTIFIC. DE PERMISSÃO

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
04/01/2019

34064008132
PI315387030

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554703040

PIAUÍ

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 010044899960
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	897211855		2013
NOME			
ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES D A SILVA			

CPF / CNPJ	PLACA		
91035546353	LVM-3298		
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
	9C2JC30707RD00462		

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/MENHORA	GASOLINA
MARCA / MODELO	ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN	2006 2007
CAP. POT. / CL.	CATEGORIA
0029/124CC	PARTICU
COR PREDOMINANTE	
PRETA	
COTA ÚNICA	VENO. COTA ÚNICA
	1ª 12VA
FAXA I.R.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
	2ª 2AGO
	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00 JOF (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

Nº MOTOR JC30277000462

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ELESSAO VELOSO

03/07/2013

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

PI Nº 010044899960 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO	PLACA
2013	LVM-3298
CPF / CNPJ	
91035546353	

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 010044899960 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 03/07/2013

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	91035546353	LVM-3298
RENAVAM	MARCA / MODELO	
897211855	HONDA/CG 125 FAN	
ANO FAB.	EXT. T.M.F.	Nº CHASSI
2006	09	9C2JC30707RD00462

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL A SER PAGO POR SEGURO (R\$)
000,00	000,00	292,01

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	28/06/2013

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

1 CORRETORA
DE SEGUROS
12 JUL 2013
DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190427356 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS RIBEIRO FLOR **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190427356

Cidade: Elesbão Veloso

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUCAS RIBEIRO FLOR

Data do acidente: 13/04/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 8/10/11_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Antonio Valdecir Ribeiro Lopes da Silva
 RG: 1.269.112 ORGÃO EMISSOR: SSP-Pi CPF: 910.355.463-53
 NACIONALIDADE: Brasileira EST. CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Lavador
 ENDEREÇO: Rua Oliveira José de Brito Nº: 519
 BAIRRO: St. Clara CEP: 64.325-000 CIDADE/UF: Elesbão Veloso - Piau
 TELEFONE (86): 99981-6008 () ()

OUTORGADO:

NOME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
 RG: 1.651.371 ORGÃO EMISSOR: SSP-Pi CPF: 849.394.433-53
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: AUTÔNOMO
 ENDEREÇO: RUA SETE DE SETEMBRO Nº: 244
 BAIRRO: CENTRO CEP: 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBÃO VELOSO-PIAUI
 TELEFONE: (86) 99981-6008 (86) 99473-5001 (86) 99402-2764

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE 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, INCLUSIVE 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 DESTES MANDATOS, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE A:

VTIMA: Luícas Ribeiro Flôr

CPF: 910.355.463-53 DATA DO ACIDENTE: 13 / 04 / 2019
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DABS () MORTE

Elesbão Veloso - Piau - Pi 17.06.2019
 local e data

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

x Antonio Valdecir Ribeiro Lopes da Silva

Assinatura da Outorgante (reconhecer firma por autenticação)

Reconheço verdadeira a

firma Antonio Valdecir
Ribeiro Lopes da
Silva

Em 17.06.19
Elesbão Veloso

Escrevente

Maria de Lourdes Leal Sousa
Escrevente Autorizada

Sousa

Comarca de Elesbão Veloso - Piau
Cartório
(86) 3251-1111



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237542/19

Vítima: LUCAS RIBEIRO FLOR

CPF: 910.355.463-53

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 13/04/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: ANTONIO VALDECIR
RIBEIRO LOPES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA : 910.355.463-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 12/07/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190427356

Vítima: LUCAS RIBEIRO FLOR

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES 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, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190427356

Vítima: LUCAS RIBEIRO FLOR

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA**

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

Banco: **001**

Agência: **000000788-9**

Conta: **000010018182-1**

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 910.355.463-53 Nome completo da vítima: Luís Carlos Ribeiro Ilôn

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

Nome completo: Antonio Zaldemar Ribeiro Lopes da Silva CPF: 910.355.463-53

Profissão: Laureado Endereço: Rua Oliveira José de Brito Número: 517 Complemento: St. Clara

Bairro: St. Clara Cidade: Elestria - RJ Estado: Piauí CEP: 64.325-000

E-mail: Recusado Tel. (DDD): (86) 999816008

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☒ CONTA 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: 0788 9 CONTA: 18.182 X

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autoriza 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.

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 de 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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Elestria - RJ 09.07.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Zaldemar Ribeiro Lopes da Silva

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

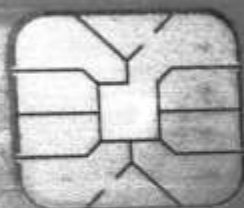
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Ourocard

International



4001 6353 6855 0160

4001

GOOD
THRU

09/19

ANTONIO V R L SILVA

0788-9

18.182-X

VISA
ELECTRON

Electronic use only / Apenas uso eletrônico

DPVAT
12 JUL 2018
DE SEGUROS
P1 CORRETORA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000228/2019-56

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aécio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 12/06/2019 - 13:06

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ELESBÃO VELOSO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Endereço

AVENIDA PRESIDENTE CASTELO BRANCO, Nº

Complemento

Data/Hora

13/04/2019 - 19:00

Bairro

VÁRZEA ALEGRE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: BRUNA RIBEIRO FLOR

RG: 3704929 SSP PI

Mãe: MARIA APARECIDA FLOR DA SILVA

Pai: ANTONIO VALDECI RIBEIRO LOPES DA SILVA

Endereço: RUA OLIVEIRA JOSÉ DE BRITO, Nº 662

Bairro: SANTA CLARA

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Telefone(s): 86-3451-4056

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: LUCAS RIBEIRO FLOR

Mãe: MARIA APARECIDA FLOR DA SILVA

Pai: ANTONIO VALDECI RIBEIRO LOPES DA SILVA

Endereço: RUA OLIVEIRA JOSÉ DE BRITO, Nº 662

Bairro: SANTA CLARA

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Tipo Envolv.: VÍTIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 125 FAN

Ano: Placa: Chassi:

2007 LVM3296

Renavam:

897211855

Cor:

Preta

Condutor: BRUNA RIBEIRO FLOR

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: SANTA CLARA

RELATO DA OCORRÊNCIA

Na noite de 13 de abril de 2019, a noticiante conduzia sua motocicleta, acima qualificada pela Avenida Presidente Castelo Branco, levando seu irmão Lucas, acima qualificado, na garupa. Durante o trajeto, um cavalo atravessou a pista, fazendo a noticiante frear bruscamente o que a fez perder o controle do veículo e cair. A noticiante teve apenas escoriações leves, entretanto seu irmão LUCAS RIBEIRO FLOR, machucou a perna esquerda. Lucas deu entrada, a princípio no Hospital Norberto Moura em Elesbão Veloso-PI e no dia seguinte foi transferido ao Hospital de Urgências de Teresina (HUT), onde foi submetido a exames e um procedimento cirúrgico. Era o que tinha a informar.

Aécio Antonio Coimbra De Castro - Mat. 3112764
AGENTE DE POLÍCIA

BRUNA RIBEIRO FLOR - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000228/2019-56

Delegado de Polícia Civil
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 910.355.463-53 Nome completo da vítima: Luís Carlos Ribeiro Ilôn

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

Nome completo: Antonio Zaldemar Ribeiro Lopes da Silva CPF: 910.355.463-53

Profissão: Laureado Endereço: Rua Oliveira José de Brito Número: 517 Complemento: St. Clara

Bairro: St. Clara Cidade: Elestria - RJ Estado: Piauí CEP: 64.325-000

E-mail: Recusado Tel. (DDD): (86) 999816008

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☒ CONTA 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: 0788 9 CONTA: 18.182 X AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autoriza 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.

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 de 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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Elestria - RJ 09.07.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Zaldemar Ribeiro Lopes da Silva

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

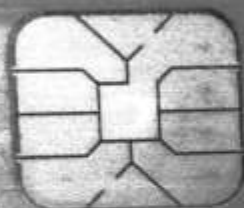
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Ourocard

International



4001 6353 6855 0160

4001

GOOD
THRU

09/19

ANTONIO V R L SILVA

0788-9

18.182-X

VISA
ELECTRON

Electronic use only / Apenas uso eletrônico

DPVAT
12 JUL 2018
DE SEGUROS
P1 CORRETORA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL ESTADO DO PIAUÍ

Comarca de Elesbão Veloso
Município de Elesbão Veloso
Raimundo de Souza Sobrinho
Oficial do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, às fls. 155 do livro 43-A sob Nº de Ordem 25.349, foi lavrado o assento de nascimento de LUCAS RIBEIRO FLÔR, do sexo masculino, nascido no dia 03 de Abril de dois mil e sete (2007), às dezesseis horas e quinze minutos, em Elesbão Veloso-PI.

filho (a) de Antonio Valdeci Ribeiro Lopes da Silva
e Dona Maria Aparecida Flôr da Silva

sendo avós paternos João Ribeiro de Freitas
e Dona Francisca Lopes da Silva

e avós maternos João Flôr de Lima -falecido
e Dona Francisca Afonso de Oliveira

O assento foi lavrado em 09 de Maio de 2007, tendo sido declarante a mãe e serviram de testemunhas Manoel Soares da Silva e Ecielma Tereza dos Santos.

Observações: Nada a ressaltar.

Cartório do 2º Ofício
Praça Santa Teresinha
Elesbão Veloso-PI CEP: 64.325.000
Fone: (0xx) 86-3285-1407

O referido é verdade e dou fé.

Elesbão Veloso (PI), 09 de Maio de 2007

Raimundo de Souza Sobrinho

Oficial

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT





Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro
Fone: (86) 3285-1133 - Elesbão Veloso - PI
CNPJ: 06.553.564/0012-90



FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

Paciente:	Idade:	Data Nasc.:	Cartão SUS:
Lucas Ribeiro Flôr	14	03/04/07	84800407308.1001
Endereço:	Bairro:	Cidade:	
Quilômetro 100 da BR-10	Itapicuru	Elesbão Veloso	
Data do Atendimento:	Hora:	Tipo:	
30/04/19	19:40	☐ Urgência ☐ Emergência ☐ Outros	
Exame físico: Sinais Vitais	Telefone do Paciente:		
PA: 1 mmHg FC: R:	99557-6122		
Glicemia Capilar: Saturação O:	GLASGOW:		
Histórico Clínico:			
Paciente vítima de acidente motorizado se capoteu. Ruptura de MFE. Pq. com fraturas			
Diagnóstico Inicial:			
Fratura			
Prescrição Médica na Urgência:		Anotações de Enfermagem	
01 Diniz 11, 1020 17:00 m Tu q a. pericardial 11 - 17:00, 17:00 w C/6		Cura de 11, 1020 17:00 m Tu a. pericardial 11 - 17:00, 17:00 w C/6	
03. 11:00 17:00 17:00 17:00 17:00 17:00 17:00 17:00		17:00 17:00 17:00 17:00	
Destino Paciente: Data: / / Hora:			
() Internação () Transferência			
() Sala de Observação () Óbito / / Hora:			
() Liberado após medicação/ tratamento ambulatorial			

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

CONFERE COM O ORIGINAL

Rayanne S. Onias
29/04/19