



CLÍNICA MACHADO

RELATÓRIO MÉDICO

DEclaro que aquela é a BOA
fermousa juntura, fui vítima de mal deite
de tronito, fato ocorrido em 16.10.2018 às
11.20hs, Tendo sofrido forte trauma eel m^{is},
curando com fratura e luxação dislocação
da tibia e fibula direita, onde foi realizada
cirurgicamente através de osteosíntese ou seja
placa parafusos e fios metálicos, coagulação
imediata com fibrinóscopias, onde atingiu sefir-
tiva, reabilitação seguidas: fortes dores,
com limitação dos movimentos, com
sensação de desconforto ao alcance
atrigos. Com comprometimento
funcional de 70%.

Eduardo

19.07.19

Dr. Edimar Machado da Sil^a
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-NL
0903-0929/9532-1987/8827-3736

Dr. Edimar Machado da Sil^a
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-NL
0903-0929/9532-1987/8827-3736

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte E.P. 54.000-470 Tfones: 3211-4111

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fone: 32221-0151 32227-2726 32222-2222



CLÍNICA MACHADO

RELATÓRIO MÉDICO

descrever que o paciente
disbun formado, foi vítima de náusea
de repente, fato ocorrido em 16.10.18
As 11:20 AM, paciente sofreu forte dor
abdominal, curvando caixa frustu-
ma bruxismo na cintura direita,
onde foi realizada cirurgia através de
vers de ecossistemas placos para fixar
fios de silício, conseguindo com
fixação temporária, caixa de ferida
fechada, recidiva causa reoperação:
fortes dores, duração de mai-
or de 1 hora, que se intensificaram
momento de melhora frágil. caixa
de cirrose fixada funcionar de
75%.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

1308.19

Dr. Edimar Machado da Sil-
va - Serviço Geral
11-9821-0151 - CRM: 2614-M
11-295522-10070327-1736

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS.
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 09821-0151 • 09827-3726 • 09003-0020





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME		NELLE ROZE SOARES MARQUES	
PAI		CÍCERA MARQUES JUCUNDE	
MÃE		ANTONIO SOARES JUCUNDE	
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
CRATEUS-CE		22/05/1971	
DOC. ORIGEM			
CERT. NASC. 529 L 11/F 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78 TERESINA - PI		Assinatura do Director Pedro Gomes da Mota Pedro Gomes da Mota	
840.173.173-91		ASSINATURA DO DIRETOR	

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E CADASTRAMENTO DE VÉHICULO
012651363911
02981-VA COD. REINANIA
94608 1 01159011698 EXERCÍCIO
03982-
d38da-
268cd MARIA DO SOCORRO PEREIRA DE QUEI
26465 ROZ
n80ca-
81m35-
432ae-
17549-
n8279-
ce68E 43950663304 PIY-8195
ea941-
12562-
168c3- 9C2JB0100JR043727
09101-
ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLTO/NENHUMA GASOLINA
MARAÇA/MODELO ANO FAR ANO MOD
HONDA/POP 110I 2018 2018
CAPACID. PARCIAL PARTIC PREMIUM
02P/0109CC PARTIC VERMELHA
TÍTULOS
I P 1º TITUA
V A PARCELA ATUALIZADA 00000000 3º PAGO
PREMIO TOTAL R\$ 000,24
SEGURO FÁGCO
ALIENAÇÃO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L
TERESINA 20/07/2018

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT
PI N° 012651363911 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALEADER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 937 1233
EXERCÍCIO 2018 DATA DE EMISSÃO 20/07/2018
1 43950663304 PIY-8195
01159011698 HONDA/POP 110I
2018 9C2JB0100JR043727
PRÉMIO TOTAL R\$ 000,24
054,19 000,02 060,21
004,15 000,47 125,06
X TITULAR 19/07/2018
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 01.248.350-0011-01
www.seguradoralider.com.br
CONTROLE - BIENAL
FECHADO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190257795 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA DISTAL DIREITA
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

Descrição do exame físico: EF: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO DIREITO: FD=15, FP=25, AB=15, AD=15 GRAUS - PERDA DE 50% DA MOBILIDADE EM TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 16/10/2018, FEITO OSTEOSÍNTESE EM FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA; JÁ DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/04/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190257795 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA DISTAL DIREITA
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

Descrição do exame físico: EF: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO DIREITO: FD=15, FP=25, AB=15, AD=15 GRAUS - PERDA DE 50% DA MOBILIDADE EM TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 16/10/2018, FEITO OSTEOSÍNTESE EM FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA; JÁ DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/04/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 tornozelo	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: 3190257795 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA DISTAL DIREITA
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 16/10/2018, FEITO OSTEOSÍNTESE EM FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA; JÁ DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 17/04/2019.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190257795 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA DISTAL DIREITA
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 16/10/2018, FEITO OSTEOSÍNTESE EM FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA; JÁ DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: Limitação funcional do tornozelo direito

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190257795 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA DISTAL DIREITA
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 16/10/2018, FEITO OSTEOSÍNTESE EM FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA; JÁ DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190257795 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA DISTAL DIREITA
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 16/10/2018, FEITO OSTEOSÍNTESE EM FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA; JÁ DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: Limitação funcional do tornozelo direito

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190257795 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO PUNHO E MÃO DIREITA.
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA À DIREITA.
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS PARA TÍBIA E PUNHO DIREITO AS DEMAIS LESÕES CONSERVADOR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO JÁ PAGA EM SINISTRO ANTERIOR SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Aquiles Lúcio Fernandes Júnior	RG: 1000303758	ORG. EMISSOR: SIE PI	D. EXPEDIÇÃO: 25/07/18
CPF: 008.872.873-01	ESTADO CIVIL: Casado	PROFISSÃO: Militar	
ENDEREÇO: Cj Jose Almeida Neto Qd A02 E 35		Nº:	
COMPLEMENTO: Casa	BAIRRO: mocambinho		
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64010-000	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Rose Soares Marques	RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSP PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Recuso	
ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro		Nº: 544	
BAIRRO: Centro	CIDADE: Teresina	UF: PI	CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUaisquer DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO,

DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA

Aquiles Lúcio Fernandes Júnior

Data do acidente de trânsito : 36/05/2018

Cobertura da vítima : Invalidez

LOCAL / DATA: 02 DE ABRIL DE 2019

Aquiles Lúcio Fernandes Júnior

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114544/19

Número do Sinistro: 3190257795

Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

CPF: 008.872.873-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2018

Titular do CPF: AQUILES LISBOA
FERNANDES JUNIOR

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/08/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114544/19

Número do Sinistro: 3190257795

Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

CPF: 008.872.873-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2018

Titular do CPF: AQUILES LISBOA
FERNANDES JUNIOR

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/07/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114544/19

Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

CPF: 008.872.873-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2018

Titular do CPF: AQUILES LISBOA
FERNANDES JUNIOR

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR : 008.872.873-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/04/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114544/19

Número do Sinistro: 3190257795

Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

CPF: 008.872.873-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2018

Titular do CPF: AQUILES LISBOA
FERNANDES JUNIOR

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 09/04/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190257795

Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190257795

Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

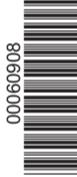
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190257795

Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190257795

Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000027011-3

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: **AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**

Nº Sinistro: **3190257795**

AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Data do Acidente: **16/10/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190257795**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190257795

Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 19/08/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190257795**

Nome do(a) Examinado(a): **AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**

Endereço do(a) Examinado(a):

Conjunto Jose Almeida Neto - Quadra Mocambinho - Setor A, SN, QD A02 CASA 35 - Mocambinho - T

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2109008**

Data e local do acidente: [**16/10/2018**]

AV SANTOS DUMONT ,VILA OPERARIA , TERESINA-PIAUI

Data e local do exame: [**17/04/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA TIBIA DISTAL D + FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 16/10/2018, COM HD DE FRATURA DA TIBIA DISTAL D + FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D ;EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 16/10/2018, COM HD DE FRATURA DA TIBIA DISTAL D + FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D;FEITO OSTE OSSINTSESE EM FRAT DE TIBIA DISTAL D ;EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D;JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D FD=15,FP=25,AB=15,AD=15 GRAUS PERDA DE 50 % EM TORNOZELO D

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO D

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D FD=15,FP=25,AB=15,AD=15 GRAUS PERDA DE 50 % EM TORNOZELO D



Edmar de Souza Lima Junior - CRM: 2313 - PI

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190257795**

Nome do(a) Examinado(a): **AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**

Endereço do(a) Examinado(a):

Conjunto Jose Almeida Neto - Quadra Mocambinho - Setor A, SN, QD A02 CASA 35 - Mocambinho - T

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2109008**

Data e local do acidente: [**16/10/2018**]

AV SANTOS DUMONT ,VILA OPERARIA , TERESINA-PIAUI

Data e local do exame: [**17/04/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA TIBIA DISTAL D + FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 16/10/2018, COM HD DE FRATURA DA TIBIA DISTAL D + FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D ;EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 16/10/2018, COM HD DE FRATURA DA TIBIA DISTAL D + FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D;FEITO OSTE OSSINTSESE EM FRAT DE TIBIA DISTAL D ;EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D;JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D FD=15,FP=25,AB=15,AD=15 GRAUS PERDA DE 50 % EM TORNOZELO D

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO D

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D FD=15,FP=25,AB=15,AD=15 GRAUS PERDA DE 50 % EM TORNOZELO D



Edmar de Souza Lima Junior - CRM: 2313 - PI

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

008.872.873-01

Nome completo da vítima:

Aquiles Lisboa Fernandes Junior

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

Nome completo:

Aquiles Lisboa Fernandes Junior

CPF:

008.872.873-01

Profissão:

militar

Endereço:

C5 Jose Almeida S/n QD-A02 (-35)

Número:

35

Complemento:

Casa

Barro:

moCombimbo

Cidade:

Teresina

Estado:

PI

CEP:

64030-050

E-mail:

Tel.(DDD):

(86) 99534-6563

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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: 0029

CONTA: 27011

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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, 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 Lider 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

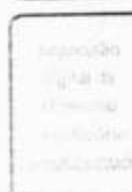
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

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:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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, Teresina - Piauí 02/04/19

Nome: _____

CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A RODO

x Aquiles Lisboa Fernandes Junior

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

008.872.873-01

Nome completo da vítima:

Aquiles Lisboa Fernandes Junior

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

Nome completo:

Aquiles Lisboa Fernandes Junior

CPF:

008.872.873-01

Profissão:

militar

Endereço:

C5 Jose Almeida S/n QD-A02-35

Número:

35

Complemento:

Casa

Barro:

moCombimbo

Cidade:

Teresina

Estado:

PI

CEP:

64030-050

E-mail:

Tel.(DDD):

(86) 99534-6563

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 27011

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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, 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 Lider 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

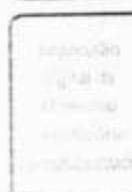
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

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:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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, Teresina - Piauí 02/04/19

Nome: _____

CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A RODO

x Aquiles Lisboa Fernandes Junior

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





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

1463 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100102.005480/2018-39

Unidade de Registro: 09º DP DE TERESINA

Resp. pelo Registro: Isabela Thamirys Silva Amaral

Data/Hora: 25/10/2018 - 12:26

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

02º DP DE TERESINA

Data/Hora

514512

16/10/2018 - 11:20

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

VILA OPERÁRIA

Endereço

AV. SANTOS DUMONT, Nº: S/Nº

Ponto de Referência

Complemento

CRUZAMENTO COM RUA 13 DE MAIO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AQUILES LISBOA FERNANDES

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 194534 SSP PI

Mãe: TERESINHA DE JESUS FERNANDES DA SILVA

Pai: AMINTHAS FLORIANO DA SILVA

Endereço: QUADR 02 CASA 35 SETOR A MOCAMBINHO II, Nº Q02 C35

Bairro: MOCAMBINHO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8802-4328 86-9921-4381

Nome: AQUILES LISBOA FERNANDES JÚNIOR

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1000303758 SSP PI

Mãe: MARIA DO ROSÁRIO QUEIROZ FERNANDES

Pai: AQUILES LISBOA FERNANDES

Endereço: QUADR 02 CASA 35 SETOR A MOCAMBINHO II, Nº Q02 C35

Bairro: MOCAMBINHO

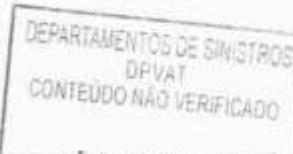
Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8802-4328

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
13 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 515 Loja C
Centro, Núcleo Industrial, 62470-000
Teresina, PI

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante relata que, por volta das 11h e 20 min da manhã do dia 16/10/2018, seu filho de nome Aquiles Lisboa Fernandes Júnior, junto com seu garupa Ednardo Miranda Nunes, conduzia sua motocicleta marca Honda Pop 110 I, de cor vermelha, placa PY-8195, do centro de Teresina com destino a sua residência no bairro Mocambinho, passando pela avenida Santos Dumont, quando o veículo Ônix, de placa PYS-1052, de propriedade MOVIDA LOCAÇÃO DE VEÍCULOS S.A. CNPJ: 07976147/0022-95, invadiu a Rua 13 de MAIO, colidindo com a moto do seu filho que neste momento trafegava pela preferencial, provocando danos materiais no veículo Ônix e na moto Honda Pop, bem como lesão corporal no seu filho, que fraturou a perna e o braço. Ressalta-se que o condutor do veículo Ônix prestou socorro à vítima e chamou a perícia; Que no momento em que seu filho foi conduzido pelo SAMU sendo levado para a clínica COT, não entrou mais em contato para saber notícias sobre o estado de saúde da vítima. As declarações são de inteira responsabilidade do noticiante.

Isabela Thamirys Silva Amaral - Mat. 2724863
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

AQUILES LISBOA FERNANDES JÚNIOR - Noticiante
Responsável pela Informação



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

1463 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100102.005480/2018-39

organe Kellen Cardoso da Silva
Delegado de Polícia Civil
Delegado de Polícia
Matr. 109.569-4

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

3 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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

762 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100102.002035/2019-14

Complementar ao BO Nº: 100102.005480/2018-39

[Handwritten signature of Sébastião Alves de Oliveira Neto]
Delegado de Polícia Civil
Sébastião Alves de Oliveira Neto
Delegado de Polícia Civil
Mat.: 130.093-8
Gerente de Polícia Metropolitana



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA METROPOLITANA
9º DISTRITO POLICIAL DE TERESINA



Ofício N° 200 /9ºDP/2019

Teresina, 09 de abril de 2019

ILMO. SR.
PAULO HENRIQUE CAMPELO LIMA
Gerência de Sistemas da SSP-PI
Teresina-PI.

Senhor Gerente,

Ao cumprimentá-lo, venho por meio deste expediente, solicitar a retificação das informações prestadas no BO nº 100102.005480/2018-39, para que seja acrescentado na narrativa o nome da proprietária da motocicleta HONDA POP 110 I, placa PIY-8195, Teresina-PI, "Maria do Socorro Pereira de Queiroz", RG nº 1.114.883, CPF 439.506.633-04, pois, no referido boletim, foi informado de maneira incorreta como sendo de propriedade de Aquiles Lisboa Fernandes Júnior.

Sendo o que se nos apresenta para o momento, colho o ensejo para renovar protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Miguel Vicente de Lima
Delegado de Polícia Civil
Matrícula: 08975-3



P.H 09/04/19
1108m
Miguel
279.950-2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

008.872.873-01

Aquiles Lisboa Fernandes Junior

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

Nome completo:

Aquiles Lisboa Fernandes Junior

CPF:

008.872.873-01

Profissão:

militar

Endereço:

C5 José Almeida S/n QD-A02-35

Número:

35

Complemento:

lara

Bairro:

noCombleinho

Cidade:

Teresina

Estado:

PI

CEP:

64030-030

E-mail:

Tel.(DDD):

(86) 99534-6565

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 27011

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

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, 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):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

Peço motivo 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 Lider 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) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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, Teresina - Piauí 02/04/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Aquiles Lisboa Fernandes Junior
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <u>2245 04</u>	02 Data do chamado <u>06/10/18</u>	03 PRO (código) <u>28918</u>	04 Saída do PA <u>13 33</u>	05 Chegada ao local <u>13 40</u>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <u>12 04</u>	07 Chegada ao 1º hospital <u>12 22</u>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço <u>Avenida Sartoris Dutromont / 13 de Maio</u>	11 Bairro <u>Vila Operária</u>	12 Município-UF <u>TE/PI</u>	Código IGBE <u>1223100</u>	
	13 Ponto de referência <u>Colégio Nova Geração</u>				
	14 Nome <u>GUILHERME LISBOA FERNANDES Júnior 34</u>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
	16 Idade <u>05,84</u>	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	<input type="checkbox"/> 01
Acidente de Transporte	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1- Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2- Condutor <input type="checkbox"/> 3- Passageiro <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	20 Meio de locomoção <input checked="" type="checkbox"/> 1- A pé <input checked="" type="checkbox"/> 2- Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 3- Motocicleta <input type="checkbox"/> 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida <input checked="" type="checkbox"/> 1- Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 2- Motocicleta <input checked="" type="checkbox"/> 3- Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input checked="" type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = <input type="checkbox"/>	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso <u>200</u> Respi <u>20/80</u> PA <u>120/80</u> TAX. <u>95</u> Sat02 <u>95</u>	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 P脉so Radial <input type="checkbox"/> 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29 Dor <input type="checkbox"/> ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa 10	
Assistência	30 Fratura 1- Sim 2- Não	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred	32 Hospital de Destino <u>COT</u>	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte
Hospital de Destino					
Observações Interdisciplinar	<p><i>Paciente motociclista consciente, orientado, fármaco de uso racional, condutor, com capacete e não abeto. Paciente NEGA perda de consciência, náuseas,呕ingos, dor na cabeça, sangramento ou uso de medicamentos de continuidade. ALÉR-GICO AO AAC (ácido acetil salicílico)</i></p>				
	Socorristas Médico _____ AE/TE _____	Enfermeiro _____	Conduutor _____		
	Responsável pela recepção Nome _____				



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: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 00000027011-3

Nr. da Autenticação 12EB29A40FEC5E8D



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 05/98

Nº da Nota Fiscal 016887345

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA/MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	30-01-2019	365	366,81

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

DADOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Anter:	19428	Atuaç: 23/01/2019
Anterior:	19063	Anterior: 26-12-2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 22-02-2019
Consumo Médio:	365	Emissão: 22-01-2019
Consumo Faturado:	365	Apresentação: 23-01-2019
	FCAM	
		NORMAL 28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Claus/Sobclaus	Ligação	Hora(s) Medidor	Ponto	Chqgs Pkt.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	187

HISTÓRICO X KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
DEZ/18	57	CONSUMO	365 A R\$ 0,927099 = 338,39
NOV/18	0	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COISIP)	27,31
DUT/18	96	MULTA POR ATRASO 12/18-00	1,00
SET/18	299	JUROS POR ATRASO 12/18-00	0,11
AGO/18	232		
JUL/18	184		
JUN/18	208		
MAI/18	211		
ABR/18	159		
MAR/18	307		
DARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 365 - 0,022050			

INTERAÇÕES IMPRESSAS: REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22-01-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 3209.325E.C2C1.DDCD.6415.B8B8.FF96.0FCB

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	65,69	Base de Cálculo:	338,39
Energia:	126,93	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	21,49	Valor do ICMS:	91,36
Encargos:	13,54	Valor do PIS:	3,45
Impostos:	110,74	Valor do COFINS:	15,93

INDICADORES DE CONTRIBUIÇÃO

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

TERESINA-MACAUBA

11/2018 8,75

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 APR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Menezes inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Aquiles Lisbella Fernandes Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.872.873/01, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Aquiles Lisbella Fernandes Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.872.873/01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>		Estado	<u>PI</u>
Email			Telefone comercial(DDD)	CEP <u>64000-235</u>		
			Telefone celular (DDD) <u>86) 9934-8565</u>			VERIFICADO

Local e Data

Teresina, 02 de Abril de 2019
13 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rego, 465 Loja C
Centro, Norte CEP: 64.002-470
Telf: (86) 3211-1011

Nelle Rose Soares Menezes
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 35

Eu, Maria do Socorro Pereira de Quieroz,
RG nº 4.114.893, data de expedição 19/05/2016
Órgão SSP, portador do CPF nº 439.506.633-04,
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Ovaldo Cunha 177 "Ponta Preta", nº 14,
complemento Residencial, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
+ Aquiles Lúcio Fernandes Júnior, cujo o condutor era
+ Aquiles Lúcio Fernandes Júnior.

Veículo: HONDA Modelo: POP 110 I Ano: 2018
Placa: PJV-8195 Chassi: 9C2TB0100JR043727
Data do Acidente: 16/10/2018

Local e Data: 02-10-2019 - Teresina - Piauí

Maria do Socorro Pereira de Quieroz

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS	
Rua Lourival Maia, 1221 - Centro - CEP: 64030-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3211-0159 - E-mail: atendimentocartorio@cartoriospi.com.br	
Síndico: <u>Flávia Góes de Sampaio Ferreira</u>	
<p>RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DO SOCORRO PEREIRA DE QUIEROZ, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.</p> <p>Teresina-PI, 02/04/2019.</p> <p><u>www.tjpi.jus.br/portalextra.</u></p> <p>Jose Hamilton Alves Cardoso-Escrivente Autorizado Emol.:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Sefaz:0,26 Total:4,98 - OP:70 DECL DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO</p>	

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

Cartório Terceiro Ofício Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
José Hamilton A. Cardoso
Escrivente Autorizado

Centro Ortopedico Teresina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1
Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AQUILLES LISBOA FERNANDES JUNIOR
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cd. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 16/10/2018 12:38 DR CLAUDIO VENAS
No. atend. 274269 URGÊNCIA

- URGÊNCIA INPEP

ACIDENTE COM VEICULO MOTOR NA VIA PÚBLICA. SIC
dores edema com deformidade na perna e tornozelo dir.
ferimento lacero-contuso no punho e mão dir.
rk de antebraço dir, não dir, perna dir e tornozelo dir.
fratura de diafise distal de tibia dir + fratura de mal medial a dir + ferimento lacero-contuso no punho e mão dir.
tala luva a dir e completa de membro inferior dir
internado para cirurgia.
sol exames.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

L 3 ABR 2019

*GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Centro Ortopedico Teresina Ltda
Av. Miguel Rosa, 35 Centro-Norte
Teresina-PI
Fone: (86) 3224-6457

Centro Ortopedico Terasina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar

ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1

Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AQUILLES LISBOA FERNANDES JUNIOR
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cid. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 25/10/2018 14:02 DR CLAUDIO VERAS
PCP OPERADO

* CONSULTA TAPEP

operado da sao dir, dia 16/10/18, por dr Tercio.
operado de perna dir, dia 17/10/18, por min, com placa de pilao distal longa.
discreto edema na perna dir,
retirar tala da mao dir.

Centro Ortopedico Terasina Ltda
Av. Miguel Rosa - Qd 2 Casa 35 - Bairro Moçambique - Teresina - PI
Fone: (86) 3224-6457 / Cel: (86) 98800-0008

Centro Ortopedico Teresina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar

ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1

Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AGUIRES LISBOA FERNANDES JUNIOR
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cid. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 01/11/2018 13:33 DR CLARINDO VERA

* RETORNO IMPED

sem edema na perna e mao dir.
retirar tala.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 ABR 2019

*Centro Ortopedico Teresina Ltda
Término de B. Verma Neto
Dir. Administrativo*

* GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Centro Ortopedico Teresina Ltda

AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1
Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AGUILAS LISBOA FERNANDES JUNIOR
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBIÑHO Cid. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 06/11/2018 14:18 DR CLARINDO VIEIRAS
RET PONTOS

* RETORNO IMPED

sen dores.
retirar pontos de perna e mao dir.
retornar com 15dias.



Centro Ortopedico Teresina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1
Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AQUILLES LISBOA FERNANDES JUNIOR
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cd. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PT

Data: 20/11/2018 13:20 DR CLAUDIO VERA
RX

* RETORNO
TAPED

sem dores na perna dir.
dores edema na mao dir.
rx de perna e mao dir. fral alinhada de tibia distal a dir. 14
mao dir. 1.2.4.

orientado exercícios com a mao dir.
15dias.

CLINICO ORTOPEDICO - TEREZINA LTD
Dr. Aquilles Lisboa Fernandes Junior
Cláudio Veras

Centro Ortopedico Teresina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar

ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1

Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AGUILAR LISBOA VERNANDES JUNIOR
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cid. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 04/12/2018 13:01 DR CLAUDIO VIEIRAS RX

* CONSULTA IAPF

sem dores na perna e tornozelo dir.
rx de perna e tornozelo dir.
frat alinhada de tibia distal a dir
retornar jan/19



Centro Ortopedico Teresina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1
Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AGUILAR LISBOA FERNANDES JUNIOR
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cd. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 08/01/2019 13:22 DR CLARINDO VERRAS
RX

* CONSULTA IAPED

controle
rx de perna dir. frat em consolidação de tibia distal à dir . 14
manter sua carga ate final do mes.



Centro Ortopedico Teresina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR
End Q 2 CASA 35 STA Bairro MOCAMBINHO Cid. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 29/01/2019 13:05 DR CLARINDO VERAS

* RETORNO IAPER

Iniciar carga progressiva.
Iniciar fisioterapia.



Centro Ortopedico Teresina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar

ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1

Por: ASS Em: 28/03/2019

PACIENTE: AQUILLES LISBOA FERNANDES JUNIOR
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cid. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 20/02/2019 13:04 DR. CLAUDIO VIEIRAS
EX.

* CONSULTA INPEP

sem dores na perna dir.
rx de perna dir. trat. em consolidação de tibia distal a dir. 14
retirada muletas.
retornar com 30 dias.



Centro Ortopedico Teresina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1
Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AQUILLES LISBOA FERNANDES JÚNIOR
End. Q 2 CASA 35 STA Bairro MOCAMBINHO Cid. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI
Data: 28/03/2019 12:57 DR CLAUDIO VERA'S RX

* CONSULTA TAPEP

dores na perna dir.
rx de perna dir. frat consolidada de tibia a dir 14
liberado sem sequelas.
DPVAT.

Centro
Ortopedico
Teresina Ltda



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

Pront.: 0024365 Adm: 16/10/2018 Hr: 14:23
AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR
Dv: PLANTA Mt: 04037803
Red: DR CLARINHO VERAS Usu: HEA
Dt. Nasc: 14/05/1984 CPF: 00887287501

BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Diag. Provisório: Fratura de tibia Direita

Diag. Principal:

Causa Mortis:

Histó patológico:

HISTÓRIA CLÍNICA

Dor + limitação de movimentos no
pmero dente

Tratamento TIPO:

- () Nenhum () Médico () Cirúrgico () Médico-Cirúrgico/Eficácia
() Eficaz () Ineficaz () Prejudicial () Não avaliado

SAÍDA:

- () Curado () Melhorado () Inalterado () A pedido
() Decisão Médica () Evasão Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

TRANSFERÊNCIA:

- () Tisiologia () Psiquiatria () Outros

EDIFÍCIO: COT - CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

Clarindo de B. Veras Neto
Diretor Administrativo

Visto do Diretor do Hospital

CONFERE COM O ORIGINAL
Clarindo de B. Veras Neto
Diretor Administrativo
Centro Ortopédico Teresina LTDA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Assumo plena responsabilidade com as despesas médico/hospitalar do paciente internado nesta casa de saúde por ordem médica.
 - 1.1. Todas as despesas, como DIÁRIAS, TAXAS, MÉDICOS, etc.: procurar informar-se no momento da internação, com a TESOURARIA e ou RECEPCIONISTA.
 - 1.2. A quitação da conta hospitalar/médico deverá ser feita no momento da ALTA do paciente, no seguinte horário:
MANHÃ: 07:30 às 11:30;
TARDE: 13:30 às 17:30hs.
 - 1.3. A liberação do PACIENTE está condicionada a quitação do débito, junto a tesouraria.
 - 1.4. Pagamento com CHEQUE, na liquidação de sua conta deverão ser feitos com cheques distintos, tanto para o hospital, como para os médicos.
 - 1.5. Cheques fora da praça, só será aceito com apresentação de um documento de identificação e telefone para contatos.
 - 1.6. Todos os pertences dentro do Apto/Suite, serão conferidos. Qualquer dano material será debitado nas despesas do usuário.
 - 1.7. A Clínica não se responsabilizará por quaisquer objetos e valores desaparecidos ou extraaviados em suas dependências.
2. Pacientes de convênios com direito a enfermaria que optarem por apto ou suite pagará uma diferença de diária e também uma complementação sobre honorários médicos, de acordo com tabela da AMB.
 - 2.1. As internações de URGÊNCIA/EMERGÊNCIAS que não forem autorizadas pelo convênio serão pagas pelo assistido ou seu responsável.
 - 2.2. MEDICAMENTOS que não forem pagos pelo CONVÊNIO, serão pagos pelo PACIENTE.
 - 2.3. Paciente particular e P.econômico, o depósito cobrirá somente a quantidade de dias estabelecida na permanência citada e se houver complicações pós-cirurgia, o Paciente pagará as diárias, medicações e exames se necessários.
3. Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e o anestésico.
4. No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, estas serão tomadas pela Clínica de acordo com as normas legais.

CIENTE DAS MEDIDAS, declaro para os fins que aceito.

Teresina(PI), 16 de outubro de 2018

Ass. Legível do Responsável

CPF: _____

RG: _____

END: _____

CONFERE COM O ORIGINAL
Cláudio de B. Veras Neto
Diretor Administrativo
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.106/0001-07 - Fone: (86)3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

Print.: 0024365 Adm: 16/10/2018 Hr: 14:23
AQUILES LISBOA FERNANDES JÚNIOR
Dv: PLÁNTIA Mt: 04097803
Med: DR CLARINHO VERA Usu: HSA
Dt. Nasc: 14/05/1984 CPF: 00887287301

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

Diagnóstico: Fratura cominuixa de joelho D
Operação: Pto cirúrgico
Cirurgião: Cláudio
1º Auxiliar: Zéudis
Instrumentador(a): Vitor
2º Auxiliar:
Circulante:

Técnica e Tática Cirúrgica: paciente col auxiliares / artroscopia / Angulo /
cavos / tubos / juntas / direções / redução de fratura /
fixações com placa + parafuso / bloquedos internos /
faixa / metade da placa / fixação de ferida / A RX

MEDICAMENTOS

Adrenalina.....	2:	Haloperidol.....	85:	Ringer lactado 500ml134:
Água destilada 500ml.....	256:	Halothano.....	86:	Solucoftal 500mg.....153:
Água destilada 10ml.....	11:	Heparina sc.....	87:	Soro fisiol. 1000ml.....164:
Aminofilina.....	18:	Ketalar.....	193:	Soro fisiol. 500ml.....165:
Atropina.....	24:	Narcen.....	244:	Soro glico. 500ml.....166:
Atropina 0,1%	93:	Neocaina 0,5% cld.....	115:	Thiopental 1g.....1:
Decadron 4mg.....	275:	Neocaina 0,5% isobárica.....	117:	Tiagl 20mg.....173:
Dinorf 0,2mg.....	51:	Neocaina 0,5% pesada.....	118:	Tracur.....273:
Dinorf 1mg.....	52:	Neocaina 0,5% s/ad.....	116:	Vallum amp.....46:
Dolantina.....	53:	Neomicina pom.....	119:	Vaseline tb.....180:
Domitri 15mg.....	54:	Novalgina amp.....	121:	Xilestasin gel.....182:
Droperidol.....	190:	Pancuron.....	274:	Xilocaina 2% cld.....183:
Etoril.....	55:	Plasil.....	130:	Xilocaina 2% s/ad.....184:
Fentanil 10mf.....	61:	Propofol 10mg.....	272:	Zolfan amp.....185:
Fentanil 2ml.....	62:	Prestigine.....	200:	Fraxolix 01 ml.....
Garamicina 80mg.....	77:	Revivan.....	202:	
Glicose 50%.....	242:			

MEDICAMENTOS

Água oxigenada.....	13:	Coletor de urina.....	36:	Micropore 25mm.....72:
Águia desc.....	06:	Compressa G.....	39:	Plexifix G 24.....270:
Águia peridural 18 G.....	7:	Compressa P.....	38:	Poliix 2 vias.....199:
Águia raque 25 G.....	8:	Dreno penrose.....	260:	Pvpi degarmante.....131:
Águia raque 26 G.....	14:	Equipo macrogota.....	191:	Pvpi tópico.....132:
Águia raque 27 G.....	9:	Equipo sangue.....	192:	Scalp.....142:
Águia raque 29 G.....	10:	Esparradapo.....	56:	Seringa 1 ml.....148:
Álcool a 70%.....	15:	Elar.....	58:	Seringa 10 ml.....150:
Álcool iodata.....	258:	Fomol.....	76:	Seringa 20 ml.....151:
Algofixa bolha.....	265:	Gases S.O.....	40:	Seringa 5 ml.....149:
At. Algodão ortop.....	20:	Galco.....	80:	Sonda foley.....156:
At. Crepe 10 cm.....	21:	Gongo descatável.....	268:	Sonda uretral.....160:
At. Crepe 15 cm.....	22:	Iodo a 2%.....	88:	Vaseline liquida.....179:
At. Crepe 20 cm.....	19:	Lamina bisturi.....	194:	enxerto.....01
At. Gessada 20 cm.....	23:	Lixa procedimento.....	98:	01 RX
Borracha térm.....	264:	Luvas 7,5/8,0.....	96:	XINTENSIFICADOR DE IMAGEM
Caixa intravenosa.....	266:	Máscaras desc.....	198:	
Caixa peridural.....	267:	Micropore 12,5mm.....	71:	

FIOS

Cláudio Veras	CRM 340 PI	Monocili /3/Y936H/	106:	02	Polycot 0/ISPA45T/.....282:
		Monocili /4/Y436H/	107:		Polycot 0/0/SPM44T/.....283:
		Monocili /5/Y436H/	111:		Polycot 0/0/SPM43T/.....284:
		Monocili /5/Y436H/	108:		Poliene 0/0/8411T/.....285:
		Monocili /5/Y436H/	109:		Vicril 1/MJ617H/.....179:
		Monocili /4/0/1129	110:		Vicril 1/0/J340H/.....278:
		Mononylon 5/0/14501	112:		
		Mononylon 5/0/14500	113:		

Data: 18/10/18

Cirurgião - CRM:

Dr. Cláudio Veras Jr. M.D.
Ortopedia
Cirurgia do Joelho
CRM/PI 43441 TEOT: 14658

Anesthesia:

THAI UNIT TEST

Risco(ASA):

十一

Op: 30.11.2011 ch.

TEACHER: Karen H. Westergaard

ANSWER

卷之六

LIQUIDOS	PAC. TRANSFUNDIDO	OXIGENIO/h	PROTO. DE AZOTO/h	AR COMPRIMIDO/h
SF 0.9% ml	GS _____ RH _____	Inicio: _____	Inicio: _____	Inicio: _____
SG 5% ml	Conc. Ham : _____ ml _____ unid	Térn.: _____	Térn.: _____	Térn.: _____
ml	_____ : _____ ml _____ unid	Durac: _____	Durac: _____	Durac: _____
TOTAL ml	_____ : _____ ml _____ unid	l/m	l/m	l/m

EQUIPAMENTOS

Bisturi: elétrico () bipolar
 Serra elétrica: () osso () gesso
 Perfurador: () elétrico bateria
 Raio X na sala ()
 Monitor cardíaco

Intensificador de imagem ()
 Aparelho artroscópico ()
 Desfibrilador ()
 Aspirador ()
 Lupa cirúrgica ()

Garrote pneumático	X
Coxímetro	X
Lipoaspirador	()
Fibra ótica	()
.....	()

MATERIAIS E PRÓTESES

Draeno de Sennarig		unid	Parafuso cortical n°	P			Cimento ortop.: _____	dose
Fio Kirschner		unid	Quantidade	G			Prótese:	
Fio Steinmann		unid	Parafuso molecular n°	P			Acetálico:	
Fio vazado:		unid	Quantidade	G			Haste Kirschner:	
Fio seelagem:		unid	Parafuso esponjoso n°	P			Fixador externo:	
Fio guia 4 furos:		unid	Quantidade	G				
Grampos de Blout:		unid	Paraf. interf. Titânio n°					
Placa n.º:			Quantidade					

Data: 18/10/18

Anestesista – CRM:

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO - 931-950-45-05
CRM-PR-826

03 ABR 2019



BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

Diagnóstico: *mais de parto normal*
Operação: *Tenorro + sutura de ferida*
Cirurgião: *Dr. Teixeira*

1º Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____

Instrumentador(a): *Rodrigo* Circulante: *Adriely*

Técnica e Tática Cirúrgica: *(1) Placenta e D.O.R. col removido + sedação (2) Exploração da ferida, microcirurgia ferida de Tenorro extensão do 3º degrau (3) Fechamento Tenorro e sutura de ferida de joelhe.*

MEDICAMENTOS

Adrenalin	2	Haloperidol	85	Ringer Iactato 500ml	134
Água destilada 500ml	256	Halothano	86	Soluçortef 500mg	153
Água destilada 10ml	11	Heparina sc	87	Soro fisiol. 1000ml	164
Aminofilina	18	Ketalar	193	Soro fisiol. 500ml	165
Atropina	24	Narcan	244	Soro glico. 500ml	166
Cefaclorina 1g	93	Neocaina 0,5% c/ad	115	Thiopental 1g	1
Decedron 4mg	275	Neocaina 0,5% isobárica	117	Tilitil 20mg	173
Dimorf 0,2mg	51	Neocaina 0,5% pesada	118	Tracur	273
Dimorf 1mg	52	Neocaina 0,5% s/ad	119	Vallum amp	46
Dolantina	53	Neomicina pom	119	Vaseline tb	180
Dormire 15mg	54	Novalgina amp	121	Xilesesin gel	182
Dropendol	190	Pancuron	274	Xilocaina 2% c/ad	183
Eforsíl	55	Plasil	130	Xilocaina 2% s/ad	184
Fentanil 10ml	81	Propofol 10mg	272	Zolfran amp	185
Fentanil 2ml	62	Prostigmine	200	<i>TRANSFUSÃO DE SANGUE</i>	
Gentamicina 80mg	77	Quelicin	201	<i>01 UND</i>	
Glicose 50%	242	Revivan	202	<i>01 UND</i>	

MEDICAMENTOS

Agua oxigenada	13	Coletor de urina	36	Micropore 25mm	72
Aguna desc.	06	Compressa G	39	Pleifix G 24	270
Aguila peridural 18 G	7	Compressa P	38	Potifix 2 vias	199
Aguila raque 25 G	8	Dreno penrose	260	Pvpi degenerante	131
Aguila raque 26 G	14	Equipo macrogata	191	Pvpi tópico	132
Aguila raque 27 G	9	Equipo sangue	192	Scalp	142
Aguila raque 29 G	10	Esparadrapo	56	Seringa 1 ml	148
Alcool a 70%	15	Éter	58	Seringa 10 ml	150
Alcool iodado	256	Formol	76	Seringa 20 ml	151
Algodão bola	265	Gases S.O.	40	Seringa 5 ml	149
Al. Algodão ortop.	26	Geico	80	Sonda foley	156
Al. Crepe 10 cm.	21	Goma descartável	268	Sonda uretral	160
Al. Crepe 15 cm.	22	todo a 2%	88	Vaseline líquida	179
Al. Crepe 20 cm.	19	Lamina bisturi	194	<i>el coletor topo é duro</i>	
Al. Gessado 20 cm.	23	Lixa procedimento	98	<i>el coletor topo é duro</i>	
Borracha Max	264	Luvas 7,5/8,0	96	<i>el coletor topo é duro</i>	
Coletor intravenoso	288	Mascaras desc.	198	<i>el coletor topo é duro</i>	
Coletor peritoneal	269	Micropore 12,5mm	71	<i>el coletor topo é duro</i>	

EMBALAGEM ORIGINAL

Jera Óssea N°01	<i>Joãozinho da B. Melo Neto</i>	Monocril 0/0Y936H	106	Polycot 0/MSPA45T/	282
Cromado 0/902T	<i>Centro Ortopédico TERESINA LTDA</i>	Monocril 4/0Y426H	107	Polycot 2/0/SPA44T/	283
Cromado 1/803T	<i>Centro Ortopédico TERESINA LTDA</i>	Mononylon incolor/4-0/1111	111	Polycot 3/0/SPA43T/	284
Dermabond	<i>Centro Ortopédico TERESINA LTDA</i>	Mononylon/2-0/1215	108	Prolene 2/0/6411T/	281
Ethibond 2-0/1520T/	<i>Centro Ortopédico TERESINA LTDA</i>	Mononylon/ 3-0/1163	109	Vicril 1/1JS617H/	179
Ethibond 15/MB46G/	<i>Centro Ortopédico TERESINA LTDA</i>	Mononylon/4-0/1129	110	Vicril 1/0/JS40H/	278
Monocril 0/1Y358H/	<i>Centro Ortopédico TERESINA LTDA</i>	Mononylon/ 5-0/14501	112		
Monocril 2/1345H/	<i>Centro Ortopédico TERESINA LTDA</i>	Mononylon/ 6-0/14500	113		

Data: 16/10/18

Cirurgião – CRM:

Dr. Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 1524

Centro Ortopedico Teresina Ltda			Convênio	PLAMTA
Paciente	AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR	Data	16/10/2018 14:41	
Idade	14/05/1984 - 34 anos	Pront. No.	0024365	
Medico	DR CLARINDO VERAS	Situação	Fechado	
Peso	--	Altura	--	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS:

HORA	PRESSAO	FR	FC	TEMP.	Saturacao	Glicemia	Responsável
16/10/2018 17:11	120 x 80 mmHg	—	77bpm	36°C	97%	—	LGS
16/10/2018 23:08	150 x 100 mmHg	20im	104bpm	37,8°C	94%	—	AAD

Evolução:

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL
16/10/2018 21:29	Segue em POI por osteossíntese em punho D + pré operatório por fratura em tibia D. Calmo, consciente, orientado, fásico, em repouso no leito. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo em MSD + tala tipo luva e Curativo oclusivo em MID + tala tipo supra podálica. Aceita dieta VO, orientado jejum após 23:00h. Diurese espontânea presente. Sono e repouso insatisfatório. Sem queixas álgicas no momento. COREN 397716ENF PI AMANDA AMORIM DIAS	 COREN-PI 397.716

Anotação:

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL
16/10/2018 14:41	Admitido para tratamento cirúrgico por fratura tibia D, há 8 dias. Vítima de acidente motociclistico. 34 anos, 100 Kg. Proveniente de sua residência. Deambulando sem auxílio. nega HAS e DM. refere alergia medicamentosa AAS. Jejum desde as 07:00hs. Eliminações fisiológicas presentes. Raio x em anexo no prontuário. COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA	
16/10/2018 14:41	em tempo; fratura punho D tb.	COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA
16/10/2018 17:09	Punctionado acesso venoso periférico em MSE. Utilizado 02 jelco nº 22, 03 bolas de algodão, 30 ml de álcool 70%, 5 cm de micropore 25mm, 01 equipo macrogotas, 01 polifix 2 vias e um par de luvas de procedimentos.	COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA
16/10/2018 17:21	Encaminhado ao C cirúrgico.	COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA

CONFERE COM O ORIGINAIS
 Cláudio de B Veras Neto
 Diretor Administrativo
 CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

Centro Ortopedica Teresina Ltda		Convênio	PLAMTA
Paciente	AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR	Data	16/10/2018 14:41
Idade	14/05/1984 - 34 anos	Pront. No.	0024365
Médico	DR CLARINDO VERAS	Situação	Fechado
Peso	—	Altura	—

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS:

HORA	PRESSAO	FR	FC	TEMP.	Saturacao	Glicemia	Responsável
16/10/2018 17:11	120 x 80 mmHg	—	77bpm	36°C	97%	—	LGS
16/10/2018 23:08	150 x 100 mmHg	20im	104bpm	37,8°C	94%	—	AAD

Evolução:

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL
16/10/2018 21:29	Segue em POI por osteossíntese em punho D + pré operatório por fratura em tibia D. Calmo, consciente, orientado, fásico, em repouso no leito. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo em MSD + tala tipo luva e Curativo oclusivo em MID + tala tipo supra podálica. Aceita dieta VO, orientado jejum após 23:00h. Diurese espontânea presente. Sono e repouso insatisfatório. Sem queixas álgicas no momento. COREN 397716ENF PI AMANDA AMORIM DIAS	 Amanda Amorim Dias COREN-PI 397.716

Anotação:

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL
16/10/2018 14:41	Admitido para tratamento cirúrgico por fratura tibia D, há 8 dias. Vítima de acidente motociclistico. 34 anos, 100 Kg. Proveniente de sua residência. Deambulando sem auxílio. nega HAS e DM. refere alergia medicamentosa AAS. Jejum desde as 07:00hs. Eliminações fisiológicas presentes. Raio x em anexo no prontuário. COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA	
16/10/2018 14:41	em tempo, fratura punho D tb.	COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA
16/10/2018 17:09	Punctionado acesso venoso periférico em MSE. Utilizado 02 jelco nº 22, 03 bolas de algodão, 30 ml de álcool 70%, 5 cm de micropore 25mm, 01 equipo macrogotas, 01 polifix 2 vias e um par de luvas de procedimentos.	COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA
16/10/2018 17:21	Encaminhado ao C cirúrgico.	COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA

"Nº ERE COm O ORIGINAL
 Clarindo de B. Verpa Neto
 Diretor Administrativo
 Unidade de Pronto Atendimento

Centro Ortopedico Teresina Ltda		Convênio	PLAMTA
Paciente	AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR	Data	16/10/2018 14:41
Idade	14/05/1984 - 34 anos	Pront. No.	0024365
Médico	DR CLARINDO VERAS	Situação	Fechado
Peso	--	Altura	--

16/10/2018 19:50	Retornou do CC em POI por osteossíntese em punho D, sob efeito de anestesia local + sedação. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo em MSD + tala tipo luva e Curativo oclusivo em MID + tala tipo supra podálica. Orientado quanto a liberação da dieta e os efeitos pós anestésicos . Diurese em observação. Sem queixas algicas no momento.	COREN 397716ENF PI AMANDA AMORIM DIAS <i>Amanda Amorim Dias</i> CURLEX-PI 367.716
------------------	--	--

Multidisciplinar:

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL

CONFERE COM O OR.
Clarindo de S. Veras Neto
 Clarindo de S. Veras Neto
 Diretor Administrativo
 CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

Centro Ortopédico Teresina Ltda

Pac.	AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR	Data	16/10/2018 14:44
Idade	34 Anos 5 Meses 2 Dias	Pront.	0024365
Médico	DR CLARINDO VERAS	Presc.	
Leito	SUITE A No: A Lt: A	Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m
Convênio PLAMTA			

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | Dieta branda após RA, | |
| 2 | Soro glicosado 5%, 500ml
EV,
Soro Fisiológica 0,9% 1000ml PMV | |

EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

APT B

	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
3	Cefazolina 1g + AD, EV 6/6	22/10/2018 04:00
4	Tilatil 20mg + AD, EV, 12/12	22/10/2018 04:00
5	Dipirona 3cc + AD, EV, 6/6h	22/10/2018 04:00
6	Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h	22/10/2018 04:00
7	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h	22/10/2018 04:00
8	Nauseodron 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N	22/10/2018 04:00
9	Diazepam 10mg, VO, S/N	
10	Sonda vesical de alívio, S/N	
11	SSVV + CCGG	

DR CLARINDO VERAS
CRM 999-PI

Alergias:
AAS
Cetoflam,
Diclofenaco



Centro Ortopedico Teresina Ltda		Convênio	PLAMTA
Paciente	AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR	Data	17/10/2018 06:36
Idade	14/05/1984 - 34 anos	Pront. No.	0024365
Médico	DR CLARINDO VERAS	Situação	Fechado
Peso	---	Altura	---

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS:

HORA	PRESSAO	FR	FC	TEMP.	Saturacao	Glicemia	Responsável
17/10/2018 06:36	120 x 80 mmHg	—	70bpm	36,6°C	93%	—	OOS
17/10/2018 18:12	120 x 70 mmHg	—	81bpm	36,4°C	96%	—	JBS
17/10/2018 23:47	140 x 90 mmHg	—	86bpm	36°C	96%	—	LGS

Evolução:

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL
17/10/2018 21:44	<p>Paciente em 1º DPO por osteosíntese em punho D+ pré-operatório por fratura em tibia D. Evolui consciente, orientado, colaborativo ao diálogo. Escoriações em MSD. Hemodinâmica estável. Aceita bem dieta VO. Eupnéico em ar ambiente. Mantém AVP em MSE, funcionante, sem sinais flogísticos. Diurese presente e espontânea. Curativo oclusivo em MSD + tala luva. MID imobilizado com tala suprapodalica, refere desconforto na tala próximo ao joelho. Orientado quanto jejum a partir de 00:00 h. Segue aos cuidados de enfermagem.</p> <p>COREN 526365ENF PI ROSELY CRUZ DA S MACHADO</p>	

Anotação:

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL
17/10/2018 17:46	<p>Avaliado pelo médico assistente, cliente teve cirurgia suspensa remarcada p/ dia 18.10.18 orientado a permanecer em jejum a partir das 24 horas.</p> <p>COREN 54764TE PI JOAO BATISTA DA S MONTEIRO</p>	
17/10/2018 18:29	<p>Refere dor na fo administrado medicação analgésica (TRAMAL).</p>	COREN 54764TE PI JOAO BATISTA DA S MONTEIRO

Multidisciplinar:

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL

CONFERE COM O ORIGINAL
Clarindo de B. Veras Neto
Diretor Administrativo
CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

Centro Ortopedico Teresina Ltda

Pac.	AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR	Data	17/10/2018 07:00
Idade	34 Anos 5 Meses 2 Dias	Pront.	0024365
Médico	DR CLARINDO VERAS	Presc.	
Leito	APTO B No: B Lt: B	Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m
Convênio	PLAMTA		

- 1 Dieta branda após RA,
 2 Soro glicosado 5%, 500ml
 EV,
 Soro Fisiológico 1000ml

1: (12) 1/11

EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

	MEDICAÇÃO	CHORÁRIO
3	Cefazolina 1g + AD, EV 6/6	14 18 20
4	Tilitil 20mg + AD, EV, 12/12	12 19 26
5	Dipirona 3cc + AD, EV, 6/6h	12 13 21
6	Ranitidina 50mg + AD, EV, 6/6h	16 17 25
7	Decadron 4mg + AD, EV, 12/12	12 14 26
8	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h	18 5a T
9	Nauseodra 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N	
10	Diazepam 10mg VO S/N as 23hs Oral 1/1	
11	Sonda vesical de alívio, S/N	
12	Realizar RX 1/1	
13	SSVV + CCGG	

DR CLARINDO VERAS
 CRM 999-PI

• Alergia a:
 - AAS
 - CATAFLAN
 - DICLOFENACO



Centro Ortopédico Teresina Ltda		Convênio	PLAMTA
Paciente	AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR	Data	18/10/2018 06:28
Idade	14/05/1984 - 34 anos	Pront. No.	0024365
Médico	DR CLARINDO VERAS	Situação	Fechado
Peso	--	Altura	--

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS:

HORA	PRESSÃO	FR	FC	TEMP.	Saturacao	Glicemia	Responsável
18/10/2018 06:28	140 x 90 mmHg	--	93bpm	36°C	94%	--	LGS
18/10/2018 18:11	130 x 80 mmHg	--	77bpm	36°C	96%	--	LGS
18/10/2018 23:57	130 x 80 mmHg	21im	95bpm	37,4°C	98%	--	AAD

Evolução:

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL
18/10/2018 21:21	Segue em 2º DPO por osteossíntese em punho D + POI por fratura em tibia D. Calmo, consciente, orientado, fásico, em repouso no leito. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo em MSD + tala tipo luva e Curativo oclusivo em MID, membro edemaciado +3/+4. Aceita dieta VO. Diurese espontânea presente. Sono e repouso insatisfatório. Sem queixas álgicas no momento. COREN 397716ENF PI AMANDA AMORIM DIAS	 AMANDA AMORIM DIAS COREN PI 397.716

Anotação:

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL
18/10/2018 13:08	Retornou do CC em POI por fratura em tibia E, sob efeito de anestesia local .HV em MSD com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo . Orientado quanto a liberação da dieta e os efeitos pós anestésicos . Diurese em observação. Sem queixas álgicas no momento. COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA	

Multidisciplinar:

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL

CONFERE COM O ORIGINAL
 Clarindo de B. Veras Neto
 Diretor Administrativo
 CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA



Centro Ortopedico Teresina Ltda

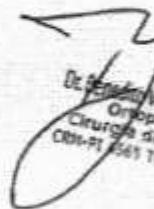
Pac.	AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR	Data	18/10/2018 07:00
Idade	34 Anos 5 Meses 4 Dias	Pront.	0024365
Médico	DR CLARINDO VERAS	Presc.	
Leito	APTO B N°: B Lt: B	Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m
Convênio	PLAMTA		

- | | | |
|---|--|--|
| 1 | Dieta livre, | |
| 2 | Soro fisiológico 0,9%, 1000ml
EV, em 24 hora(s) | |

EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
3	Cefazolina 1g + AD, EV, 6/6h	11:00 23/10/2018
4	Tilatil 20mg + AD, EV, 12/12h	14:00 23/10/2018
5	Dipirona 3cc + AD, EV, 6/6h	14:00 23/10/2018
6	Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h	14:00 23/10/2018
7	Clexane 40mg, SC, 1x ao dia	14:00 23/10/2018
8	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h, S/N	14:00 23/10/2018
9	Nauseodron 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N	
10	Diazepam 10mg, VO, à noite, S/N	
11	SSVV + CCGG	
12	Decadron 4 mg + AD, EV 12/12 h	
13	Realizar RX	

DR CLARINDO VERAS
CRM 999-PI



Dr. Clarindo Veras Jr.
Ortopedista
Cirurgião do Joelho
CRM-PI 999 TECI: 14958

CONFIRME COM O ORTOPEDISTA
Clarindo de B. Veras Neto
Diretor Administrativo
Centro Ortopedico Teresina Ltda 17114

Centro Ortopedico Teresina Ltda

Pac.	AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR	Data	19/10/2018 07:00
Idade	34 Anos 5 Meses 4 Dias	Pront.	0024365
Médico	DR CLARINDO VERAS	Presc.	
Leito	APTO B No: B Lt: B	Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m
Convênio PLAMTA			

1	Dieta branda após RA,
2	Soro glicosado 5%, 1000ml EV, em 24 hora(s)

0-10) 1-113) 3(13) PoptB

EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
3	Cefazolina 1g + AD, EV 6/6	11:00
4	Tilitil 20mg + AD, EV, 12/12	12:00
5	Dipirona 3cc + AD, EV, 6/6h	13:00
6	Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h	14:00
7	Clexane 40mg, SC, 1x ao dia	15:00
8	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h	16:00
9	Nauseodron 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N	17:00
10	Decadron 4mg + AD, EV, 12/12	18:00
11	Sonda vesical de alívio, S/N	19:00
12	SSVV + CCGG	20:00
13	<i>eytar</i>	OVG
14	<i>Ruth 4-3</i>	OR

DR CLARINDO VERAS
CRM 999 PI

Alergio
OAS
③ cataplon
③ sudopenaco

Assinatura
CLARINDO VERAS N.
Diretor Administrativo
CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

Centro Ortopedico Teresina Ltda		Convênio	PLAMTA
Paciente	AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR	Data	20/10/2018 06:20
Idade	14/05/1984 - 34 anos	Pront. No.	0024365
Médico	DR CLARINDO VERAS	Situação	Fechado
Peso	--	Altura	--

Evolução de Enfermagem

Sinais vitais:

HORA	PRESSAO	FR	FC	TEMP.	Saturacao	Glicemia	Responsável
20/10/2018 06:20	130 x 80 mmHg	21im	74bpm	35,9°C	95%	--	AAD

Evolução:

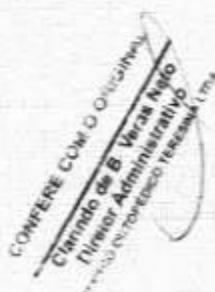
HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL

Anotação:

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL
20/10/2018 09:07	Avaliado pelo médico assistente + Realizado troca de curativo+ Retirado acesso venoso + Alta Hospitalar, segue em BEG. Utilizado : Bolas de algodão + álcool a 70% + éter + 01 par de luvas de procedimento + 01 curativo redondo +01 par luva estéril n° 7+ gases 02 pacotes + Soro fisiológico 0,9% 100ml + micropore 2,5cm . COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA	

Multidisciplinar:

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL



Centro Ortopedico Teresina Ltda

Pac.	AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR	Data	20/10/2018 07:00
Idade	34 Anos 5 Meses 5 Dias	Pront.	0024365
Médico	DR CLARINDO VERAS	Presc.	
Leito	APTO B No: B Lt: B	Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m
Convênio	SIAMTA		

1

EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

DR CLARINJO VERB
CRM 999-PL

CRM 999-PC

JURÉE COM 2 ORIGINALS
Clanindo de B. Veras Neto
Fazenda Administrativa
Fazenda Administrativa
Tereza Ltda





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900
Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI
© (0**86) 99833-3055

Nome: _____

***** LAUDO RADIOLÓGICO *****

No. Atend: 284829 Data: 28/03/2019

Paciente: AOUTLES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLAUDIO VERA

Convênio: TAPFP

Exame: 0021-BX PERNAMBUCO

CONCLUSÃO:

FRATURAS ALINHADAS E CONSOLIDADAS NO PLATO E NA DIAFISE DA TIBIA COM PRESENÇAS DE PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data / /

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames. Compl.
Esta receita não deve ser trocada.





Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



paciente: 284829 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA
AQUILES LISBOA FERNANDES JUN
ID: 284829
DATA 20190328
CONT.

SERVER

W/L: 4096 2048 COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA
ZOOM: 125.17% AQUILES LISBOA FERNANDES JUN
No IMGS: 1 ID: 284829
IMG ATUAL: 1 DATA: 20190328
AQUIS: 1 CONT:

W/L: 4096 2048
ZOOM: 130.11%
No IMGS:
IMG ATUAL:
AQUIS:



CONTEUDO NÃO VERIFICADO

03 ABR 2019

Av. Miguel Rosa, 3360 / Sul - Teresina - Piauí - Fone: (86) 3230-7900

GENTE SEGUINDEIRA S.A.



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

(0**86) 99833-3055

Nome: _____

*** LAUDO RADIOLÓGICO ***

No. Atend: 274269 Data: 16/10/2018

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0097-RX MAO DIR

CONCLUSÃO:

DIMINUIÇÃO DA DENSIDADE OSSEA
EDEMA DE PARTES MOLES

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data 1/1/19


Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64001-490



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



Ente: 274269 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

274269

DATA 20181016

CONT:

SERVER

W/L: 4096 2048

ZOOM: 102.02%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS: 1

KV:

MAS:

DRX-1

THICK:

MATRIZ: 2733 x1244

FOV: 372 mm x 173 mm

W/L: 4096 2048

ZOOM: 97.20%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS: 1

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

274269

DATA 20181016

CONT:

KV:

MAS:

DRX-1

THICK:

MATRIZ: 2604 x1251

FOV: 362 mm x 174 mm



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-Pi

© (0**86) 99833-3055

Nome: _____

*** LAUDO RADIOLÓGICO ***

No. Atend: 276598 Data: 20/11/2018

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0200-RX MAO DIREITA

CONCLUSÃO:

AUSENCIA DE LESOES OSSEAS VISIVEIS PELO METODO

ESPACOS ARTICULARES INTEGROS

AUSENCIA DE ALTERACOES DE PARTES MOLES VISIVEIS PELO METODO

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data _____

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
ORVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

L 3 ABR 2019

INTF SEGURO S.A.
Av. da Alvorada, 465 Loja C
Tel: (0**86) 99833-3055



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: 276598 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

D: 276598

DATA 20181120

CONT:

SERVER

W/L: 4096 2048

ZOOM: 112.66%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1



KV:

MAS:

DRX-1

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

D: 276598

DATA 20181120

CONT:

THICK:

MATRIZ: 2776 x1884

FOV: 342 mm x 195 mm

W/L: 4096 2048

ZOOM: 110.92%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1

KV:

MAS:

DRX-1

THICK:

MATRIZ: 2733 x2071

FOV: 342 mm x 195 mm



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

⌚ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

*** LAUDO RADIOLÓGICO ***

No. Atend: 274269 Data: 16/10/2018

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0254-RX TORNOZELO DIREITO

CONCLUSÃO:

FRATURA FRAGMENTADA RECENTE DESALINHADA NA DIASIA DA TIBIA
EDEMA DE PARTES MOLES

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data ____ / ____ / ____

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



paciente: 274269 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

D: 274269

DATA 20181016

CONT:

SERVER

W/L: 4096 2048

ZOOM: 101.34%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1

KV:

MAS:

DRX-1

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

D: 274269

DATA 20181016

CONT:

THICK:

MATRIZ: 2949 x1899

FOV: 404 mm x 230 mm

W/L: 4096 2048

ZOOM: 104.05%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1

KV:

MAS:

DRX-1

THICK:

MATRIZ: 3028 x2517

FOV: 404 mm x 230 mm



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

✉ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

***** LAUDO RADIOLÓGICO *****

No. Atend: 274269 Data: 16/10/2018

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0252-RX Perna Direita

CONCLUSÃO:

FRATURA FRAGMENTADA RECENTE DESALINHADA NA DIASIA DA TIBIA
EDEMA DE PARTES MOLES

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data ____/____/____

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

© (0**86) 99833-3055

Nome: _____

*** LAUDO RADIOLÓGICO ***

No. Atend: 276598 Data: 20/11/2018

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0252-RX Perna Direita

CONCLUSÃO:

FRATURA ALINHADA E CONSOLIDADA NA DIÁFISE DISTAL DA FÍBULA
PRESENÇA DE PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data ____/____/____

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada





Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: 276598 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ID: 276598

DATA 20181120

CONT:

SERVER

W/L: 4096 2048

ZOOM: 100.00%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1

D

NAS:

DRX-1

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ID: 276598

DATA 20181120

CONT:

THICK:

MATRIZ: 3028 x2158

FOV: 421 mm x 240 mm

W/L: 4096 2048

ZOOM: 100.00%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1

KV:

MAS:

DRX-1

D

THICK:

MATRIZ: 3028 x1726

FOV: 421 mm x 240 mm



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900
Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI
© (0**86) 99833-3055

Nome: _____

*** LAUDO RADIOLÓGICO ***

No. Atend: 274269 Data: 16/10/2018

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0196-RX ANTEBRACO DIREITO

CONCLUSÃO:

ESTRUTURA OSSEA CONSERVADA
EDEMA DE PARTES MOLES

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data ____/____/____


Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**

24
HORAS

paciente: 274269 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

D: 274269

DATA 20181016

CONT:

SERVER

W/L: 4096 2048

ZOOM: 100.00%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1

KV:

MAS:

DRX-1

THICK:

MATRIZ: 3028 x1244

FOV: 421 mm x 173 mm

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

D: 274269

DATA 20181016

CONT:

W/L: 4096 2048

ZOOM: 110.79%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1

KV:

MAS:

DRX-1

THICK:

MATRIZ: 3028 x1230

FOV: 380 mm x 171 mm



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

✉ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

***** LAUDO RADIOLÓGICO *****

No. Atend: 282504 Data: 20/02/2019

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0252-RX Perna Direita

CONCLUSÃO:

FRATURA ALINHADA E CONSOLIDADA NA DIAFISE DA TIBIA
PRESENCA DE PLACA E PARAFUSOS METALICOS

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data _____

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



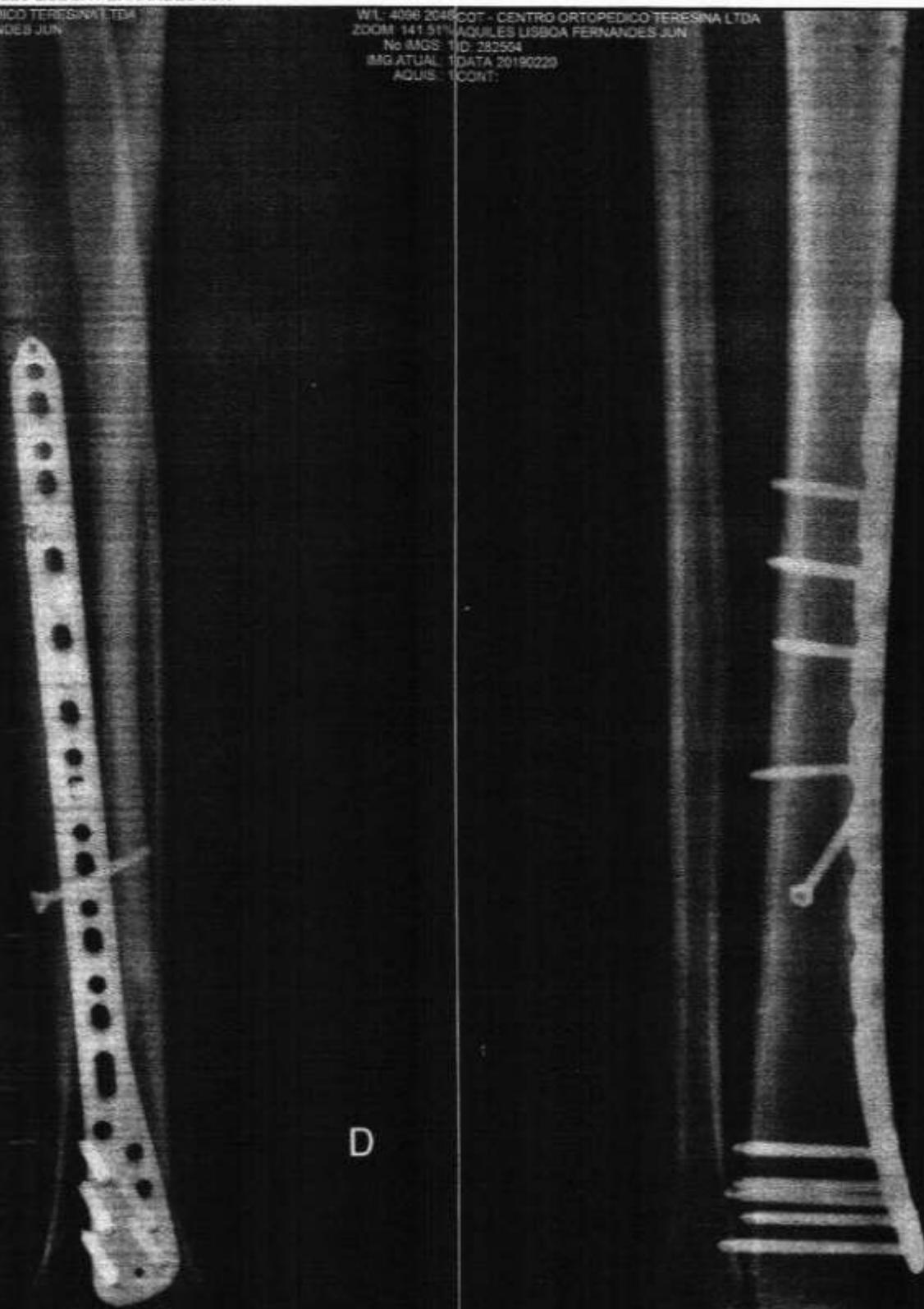
paciente: 282504 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

OT: CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA
AQUILES LISBOA FERNANDES JUN
N: 282504
ATA 20190220
CONT.

WIL: 4096 2048 COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA
ZOOM: 141.51% AQUILES LISBOA FERNANDES JUN
No IMGS: 1 ID: 282504
IMG ATUAL: 1 DATA: 20190220
AQUIS: 1 CONT:

SERVER

WIL: 4096 2048
ZOOM: 156.32%
No IMGS:
IMG ATUAL:
AQUIS:



KV:
THICK MAS:
MATRIZ: 3028 x1633
FOV: 160 mm x 366 mm DRX:1

THICK
MATRIZ: 3028 x1627
FOV: 160 mm x 365 mm



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

✉ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

*** LAUDO RADIOLÓGICO ***

No. Atend: 282504 Data: 20/02/2019

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0252-RX Perna Direita

CONCLUSÃO:

FRATURA ALINHADA E CONSOLIDADA NA DIAFISE DA TIBIA
PRESENCA DE PLACA E PARAFUSOS METALICOS

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data: ____/____/____

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada