

RELATÓRIO MÉDICO

OEC lincom que Aquiles Lisboa
ferimentos junção. foi vítima de acidente
de trânsito, fato ocorrido em 16.10.2018 às
11.2042. Tendo sofrido forte trauma eal mib,
cursum com fraturas eue porção distal da
da tibia e fibula direita, onde foi tratado
cirurgicamente através de osteossintese ou seja
placas parafusos e fios metálicos, complacua
tudo com fisioterapia, com alta defini-
tiva. Relato como sequelas: dor nos joelhos,
com limitação dos movimentos, com
sensação de enrijecimento do membro
inferior. Com comprometimento
funcional de 70%

Edimar

19.07.19

Dr. Edimar Machado da S.
Cl. Geral e Cirurgia Geri-
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-M
9903-0929/9532-1987/8827-3736

Dr. Edimar Machado da S.
Cl. Geral e Cirurgia Geri-
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-M
9903-0929/9532-1987/8827-3736

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 54.002-470
Teresopolis RJ

- 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

Residencial Tropical Park

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

RELATÓRIO MÉDICO

O paciente que sempre
disse que não foi vítima de acidente
de trânsito, fato ocorrido em 16.10.18
às 11:20 Hs, tendo sofrido forte trauma
na cabeça, curando-se com fratura
na base do crânio e na base do pescoço,
onde foi tratado cirurgicamente a tra-
vés de osteossíntese plástica para fixar
os metais, com acompanhamento com
fisioterapia, com alta definitiva
de 12.12.18 como segue:
fortes dores, diminuição da mobilidade,
com sensação de quebra-
mento no pescoço e no tórax, com
acompanhamento funcional 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 Silva
Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1584-P1 - CRM: 2659-M
Fones: 99821-0151 - 99827-3736 - 99827-3736

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: 99821-0151 - 99827-3736 - 99827-3736

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0475253

Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CICERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

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

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 11/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 ABR 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012651363911
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

11506 02981 94408 05662 d39da 268ed 26465 w80ca 81m95 432ae 175d9 12562 168e5 02101

012651363911

1 01159011698 2018

MARIA DO SOCORRO PEREIRA DE QUEI
ROZ

43950663304 PIY-8195

9C2JB0100JR043727

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NEHUMA

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

CAP/FOT/CI 02P/0109CC

CAT/FOT/CI PARTIC

COR/PRECOLOMANTE VERMELHA

TA UNICA

1º IPVA

P V A

PARCELAMENTO DE 12015 000000000

2º 3º PAGO

PREMIO TAFRANC (R\$) 000,24

PREMIO TOTAL (R\$) 000,24

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

ALIENACAO FIDUCIARIA ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

TERESINA

20/07/2018

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

PI Nº 012651363911 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS E COBERTURA

WWW.DPVAT.SEGURADORA.LIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 027 1251

2018 20/07/2018

1 43950663304 PIY-8195

01159011698 HONDA/POP 110I

2018 9C2JB0100JR043727

PREMIO TAFRANC

054,19 008,02 060,21

004,15 000,47 125,06

19/07/2018

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 07.248.398/0001-01

www.seguradoralider.com.br

CONTRATO BEMTECH

FEV-2016

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 ABR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Lga C
Centro-Norte CEP: 61.002-470
Terreiros-PI

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

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 **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
JUNIOR

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 OSTEOSSÍNTESE 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 **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: 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 OSTEOSSÍNTESE 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 **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: 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 OSTEOSSÍNTESE 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 **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: 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 OSTEOSSÍNTESE 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 **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: 15/04/2019

Valoração 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 Lisboa Fernandes Junior
 RG: 1000303758 ORG. EMISSOR: STF PI D. EXPEDIÇÃO: 25/07/18
 CPF: 008.872.873-01 ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: Militar
 ENDEREÇO: CS 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 Roze Soares Marques
 RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSP/PE D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: solteira PROFISSÃO: Reclusa
 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 DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA

Aquiles Lisboa Fernandes Junior

Data do acidente de trânsito: 26/10/2018

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: 02 DE ABRIL DE 2019

Aquiles Lisboa Fernandes Junior

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



ANTO 3º OFÍCIO DE N.º
CONSULTE O SEL
DIGITAL

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMADA EM NOME DA VERDADE. FERNANDES JUNIOR. DOU FE. Teresina-PI, 02/04/2019. www.tjpi.jus.br/portalestra. Jose Hamilton Alves Cardoso-Escritor Autorizado Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FPM/PI: 0,10 Salo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 70 PROCURACAO PARTICULAR

Cartório Simplicidades Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jose Hamilton A. Cardoso
Escritor Autorizado
Teresina-PI

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

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 16/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AQUILES LISBOA
FERNANDES JUNIOR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 16/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 16/10/2018

Titular do CPF: AQUILES LISBOA
FERNANDES JUNIOR

CPF de: Próprio

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 16/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AQUILES LISBOA
FERNANDES JUNIOR

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Paula Vargens Mendes da Costa

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



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: INTERRUÇÃO 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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 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.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 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 - Teresina - PI

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?

[☒] 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 OSTEOSSINTESE 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)?

[☒] 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
(X) 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 - Teresina - PI

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?

[☒] 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 OSTEOSSINTESE 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)?

[☒] 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
(**X**) 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:	Nome completo da vítima:	
	008.872.873-01	Aguiles Lisboa Fernandes Junior	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Aguiles Lisboa Fernandes Junior		008.872.873-01	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Militar	CS Jose Almeida S/N QD-A02 C-35	35	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Moacombinho	Teresina	PI	64010-010
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(86) 99534-6565		

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 ☐ CONTA: 27011 ☐ 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



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: Aguiles Lisboa Fernandes Junior

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

Nome completo: Aguiles Lisboa Fernandes Junior CPF: 008.872.873-01
Profissão: militar Endereço: CS Jose Almeida S/N QD-A02 C-35 Número: 35 Complemento: casa
Bairro: Moacambinho Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64010-010
E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 ☐ CONTA: 27011 ☐ 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. SANTOS DUMONT, Nº: S/Nº

Complemento

CRUZAMENTO COM RUA 13 DE MAIO

Data/Hora

16/10/2018 - 11:20

Bairro

VILA OPERÁRIA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: **AQUILES LISBOA FERNANDES**

RG: 194534 SSP PI

Mãe: TERESINHA DE JESUS FERNANDES DA SILVA

Pai: AMINTAS 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

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: **AQUILES LISBOA FERNANDES JÚNIOR**

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

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

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
Isabela Thamirys Silva Amaral - Mat. 2724863
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

Aquiles Lisboa Fernandes Júnior
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 Klaine Cardoso da Silva
Delegada de Polícia Civil
Delegado nº 189.505-4





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100102.002035/2019-14

Complementar ao BO Nº: 100102.005480/2018-39

Unidade de Registro: DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

Resp. pelo Registro: Michelly Dayanne Soares Do Nascimento

Data/Hora: 09/04/2019 - 11:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

02º DP DE TERESINA

Data/Hora

16/10/2018 - 11:20

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

VILA OPERÁRIA

Endereço

AV. SANTOS DUMONT, Nº: S/Nº

Complemento

CRUZAMENTO COM RUA 13 DE MAIO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: **AQUILES LISBOA FERNANDES**

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 194534 SSP PI

Mãe: TERESINHA DE JESUS FERNANDES DA SILVA

Pai: AMINTAS 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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
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 a motocicleta marca Honda Pop 110 I, de cor vermelha, placa PIY- 8195, de propriedade da senhora MARIA DO SOCORRO PEREIRA DE QUEIROZ, 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 que seu filho conduzia 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.

Michelly Dayanne Soares Do Nascimento - Mat. 2799502
AGENTE DE POLÍCIA

Aquiles Lisboa Fernandes Júnior
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

762 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100102.002035/2019-14

Complementar ao BO Nº: 100102.005480/2018-39

[Assinatura]
Delegado de Polícia Civil
Sebastião 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 Nº 200/9ºDP/2019

Teresina, 09 de abril de 2019

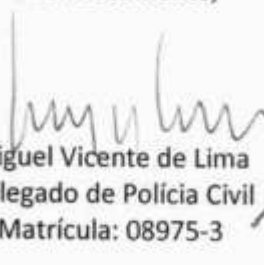
ILMO. SR.
PAULO HENRIQUE CAMPELO LIMA
Gerência de Sistemas da SSP-PI
Teresina-PI.

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



R.H. 09/04/19
11208m
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	Aguiles Lisboa Fernandes Junior	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Aguiles Lisboa Fernandes Junior		008.872.873-01	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Militar	CS Jose Almeida S/N QD-A02 C-35	35	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Macambinho	Teresina	PI	64010-010
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(86) 99534-6565		

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 27011 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data, Teresina-Piauí 02/04/19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Dados do Chamado	01 N° do chamado 22451 04	02 Data do chamado 06/10/18	03 PRO (código) 28418	04 Saída do PA 13 33	05 Chegada ao local 11 40
	06 Saída do local 12 04	07 Chegada ao 1° hospital 12 22	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av Santos Dumont / 13 de Maio				
	11 Bairro Vila Operária	12 Município-UF Te/PI	Código JBGE 223100		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência Colégio Nova Geração				
	14 Nome Aquiles Lisboa Fernandes Junior 349	15 Sexo 1 Masculino 2 Feminino 9 Ignorado			
Tipo de Ocorrência	16 Idade 05,84		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
	Se idade ignorada, preencha com 999		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Exame Físico	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 3 - Espontânea 2 - À voz 1 - Nenhuma
	24 Resposta motora 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		25 Sinais vitais Pulso 100 Resp. 20/8 PA 95 SatO2 95	26 Local da lesão 	
Assistência	27 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	28 Dor 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10	29 Escala de dor de 0 a 10		
	30 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	31 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	32 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		
Hospital de Destino	33 Hospital de Destino COT		34 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado		
	35 Óbito 1-Sim 2-Não		36 Antes do socorro 37 Antes do transporte 38 Durante o transporte		
Observações Interdisciplinares	39 Observações Interdisciplinares				
	40 Responsável pela recepção				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
C 3 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cônego de Resende, 100
Centro - N.º 15.002-470
Teresina - PI

Socorristas Médico Speão Enfermeiro P Silva
AE/TE Conductor

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: 000000027011-3

Nr. da Autenticação 12EB29A40FEC5E8D

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 158 - Centro Sul - Teresina - PI
CEP: 64.010-010
Fone: (066) 3211.380-4
Fax: (066) 3211.380-5
Página Internet: www.eletrobras.com.br

Nº da Nota Fiscal: 012529505

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

PERÍODO DE FATURAMENTO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	26/10/2018	404	417,02

AQUILES LISBOA FERNANDES
CJ JOSE ALMEIDA NETO S/N QD A02 CASA 35 MOCAIMINHO
CPF: 00013129643320
CEP: 64.010-010 - TERESINA

INDICADOR DE EFICIÊNCIA	KWH	DATAS DE LEITURA
Atual	29572	Atual: 18/10/2018
Anterior	29168	Anterior: 18/09/2018
Consumo de Multiplicador	1,000	Próxima Leitura: 20/11/2018
Consumo em kWh	404	Anterior: 17/10/2018
Consumo Residual	404	Aproximação: 18/10/2018

NORMAL

RESIDENCIAL	MONO	1017537	1.1.1.1	305
-------------	------	---------	---------	-----

CONSUMO (KWH)	DESCRIÇÃO DA CARGA	VALOR (R\$)
SET/18	CONSUMO	404 A R\$ 0,395876 = 361,93
AGO/18	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	29,28
JUL/18	CORRECAO MONETARIA IGPH (2X)	7,00
JUN/18	MULTA POR ATRASO (2X)	11,03
MAI/18	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	7,78
ABR/18	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 20,15	
MAR/18		
FEV/18		
JAN/18		
DEZ/17		

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
09/2018	361,93	Unidade consumidora desligada e suspensão do fornecimento de energia elétrica em virtude de inadimplência. O consumo de energia elétrica foi considerado zero para fins de faturamento. O valor de R\$ 361,93 refere-se ao consumo de energia elétrica em setembro de 2018, considerando o valor de R\$ 0,395876 por kWh.

LIGUE 0800 030 0000 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESUMIDO DO TCCO F0FC.98DC.FA3A.9EA3.55B4.31BC.A04B.11FF

CONTRIBUIÇÃO DE CONTAS - R\$	IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES - R\$
Transmissão	69,64
Energia	112,47
Distribuição	20,34
Energia	11,11
Tributos	11,74

INDICADORES DO CONTINÚO

5,31	10,63	21,25	1,24	6,48	12,96	1,01
61,60	61,60	61,60	61,60	61,60	61,60	61,60

FLR 511A-MARQUES

05/10/18 97,42

83600000004 9 17020017000 0 000000000083 6 58541018008 7



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



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CODIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-88 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impostos autorizado pela SEFAZ 06/98

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		DATA DA LEITURA
Atual:	19428	23/01/2019
Anterior:	19063	26-12-2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	365	22-02-2019
Consumo Faturado:	365	Emissão:
	FCAM	23-01-2019
		Apresentação:
		28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Serviço	Ligação	Número Medidor	Posto	Módulo T3 (módulo)
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1 187

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
DEZ/18 57	CONSUMO 365 A R\$ 0,927099 = 338,39
NOV/18 0	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 27,31
OUT/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	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 365 - 0,927099	

MENSAGENS IMPORTANTES (PREVISO 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	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	21,49	Valor do ICMS:	91,36
Encargos:	13,54	Valor do PIS:	3,45
Tributos:	110,74	Valor do COFINS:	15,93

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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
3 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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/BIBLIOTECABWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Aguiles Lisboa Fernandes inscrito
(a) no CPF sob o Nº 008.872.873 / 01 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Aguiles Lisboa Fernandes 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>	CEP <u>64.000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(86) 99624-8365</u>

Teresina, 02 de Abril de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



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 Queiroz
RG nº 1.114.883, 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) Quadrante "C" nº 17 "Pony Piramim I", nº 14
complemento Residência, 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 Lusca Fernandes Júnior, cujo o condutor era
+ Aquiles Lusca Fernandes Júnior
Veículo: HONDA Modelo: POP 110 I Ano: 2018
Placa: PIY-8195 Chassi: 9C2JB0100JR043727
Data do Acidente: 16/10/2018

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

Maria do Socorro Pereira de Queiroz
Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
R. Lázaro Marques, 1231 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (98) 321-0158 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Título: Cartório 3º Ofício de Notas

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DO SOCORRO PEREIRA DE QUEIROZ, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 02/04/2019. Selo: AAB87556-SB5R
www.tjpi.jus.br/portalexta

Jose Hamilton Alves Cardoso-Escritor Autorizado
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FIMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 70
DECL DO PROPRIETARIO DO VEICULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELCO
DIGITAL

Cartório 3º Ofício de Notas
José Hamilton A. Cardoso
Autorizado

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

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

Data: 16/10/2018 12:36 DR CIARINDO VERNAS
No. atend. 274269 URGENCIA
• URGENCIA IAPEP

ACIDENTE COM VEICULO MOTOR NA VIA PUBLICA. SIG
dores edema com deformidade na perna e tornozelo dir.
ferimento lacero-contuso no punho e mao dir.
rx de antebraço dir, mao 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 mao dir.
tala luva a dir e completa de membro inferior dir
internado para cirurgia.
sol exames.



Centro Ortopédico Teresina Ltda
Estado de B. Verrão Filho
Secretaria Administrativa

Paciente: AGUIIAS LISBOA FERRANDES 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: 25/10/2018 14:02 DR CLAUDIO VERAS * CONSULTA IAPRP
ECT OPERADO

operado da mao 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 Teresina Ltda
Dr. Claudio de B. Veras Neto
Diretor Administrativo

Centro Ortopedico Teresina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar
ATENDIMENTO CLÍNICO

Paciente: AGUILES 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 VERRAS * RETORNO IAPBP
sem edema na perna e mao dir.
retirar tala.

Página 1 de 1

Por: ASS Em: 28/03/2019

Centro Ortopedico Teresina Ltda
Clarindo de B. Verras Neto
Diretor Administrativo

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
C 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 Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1
Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AGUIAR 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: 06/11/2018 14:18 DR CLAUDIO VERA
RET PONTOS * RETORNO IAPB
sem dores.
retirar pontos de perna e mao dir.
retornar com 15dias.



Paciente: AGUILES LISINA 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: 20/11/2018 13:20 DR CLAUDIO VERAS * RETORNO IAPIP
RX

sem dores na perna dir.
dores edema na mao dir.
rx de perna e mao dir.frat alinhada de tibia distal a dir. 14
mao dir. 1.2.4.
orientado exerciçios com a mao dir.
15dias.

Centro Ortopedico Teresina Ltda
Cláudio de B. Veras Neto
Chefe Administrativo

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: AQUILAS 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: 04/12/2018 13:01 DR CLAUDIO VERAS
RX

* CONSULTA IAPED

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
Claudio de B. Veras M.D.
Diretor Administrativo



Centro Ortopedico Teresina Ltda
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar
ATENDIMENTO CLÍNICO

Paciente: AGUILES 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: 08/01/2019 13:22 DR CLARINDO VERAS * CONSULTA IAPEP
RX

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

Página 1 de 1

Por: ASS Em: 28/03/2019

Centro Ortopedico
Cl. de B. Veras Jr
Diretor Administrativo



Centro Ortopédico Teresina Ltda

AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1

Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AQUILAS 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: 29/01/2019 13:05 DR CLARINDO VERAS * RETORNO LAPEP

Iniciar carga progressiva.
Iniciar fisioterapia.

Centro Ortopédico Teresina Ltda
Clarindo de B. Veras Pele
Diretor Administrativo

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: AQUILAS 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 VERRAS
RX * CONSULTA IAPBP

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

Centro Ortopedico Teresina Ltda
Claudio de B. Verras Neto
Diretor Administrativo



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: AGUIAS 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: 28/03/2019 12:57 DR CLAUDIO VERAS * CONSULTA IAPED

dores na perna dir.
ex de perna dir. frax consolidada de tibia a dir 14
liberado sem sequelas.
DPVAT.

Centro Ortopedico Teresina Ltda.
Declarado de E. Veras Neto
Diretor Administrativo



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 Hrs: 14:23
ADRIEL LINS DA FERNANDES JUNIOR
Ox: PLANTA Mt: 04087803
Med: DR CLAUDIO VERAS Usu: HSA
Dt. Nasc: 14/05/1984 CPF: 00987287301

BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Diag. Provisório: Fratura de Tibia Direita

Diag. Principal: _____

Causa Mortis: _____

Histo patológico: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Dor + limitação de movimentos no
pé direito

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

CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

Cláudio de B. Veras Neto
Diretor Administrativo

Visto do Diretor do Hospital

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





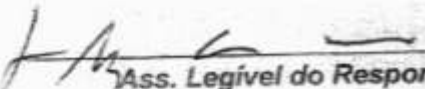
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

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 TESOUREIRA 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 extraviados em suas dependências.
2. Pacientes de convênios com direito a enfermagem 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. Vêras Neto
Diretor Administrativo
CENTRO ORTOPÉDICO 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

Print.: 0024365 Adm: 16/10/2018 Hrs: 14:23
AGUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR
Cv: PLANTA Mt: 04087803
Med: DR CLARINDO VERAS Usu: HSA
Dt. Nasc: 14/05/1984 CPF: 00887287301

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

Diagnóstico: Fratura cominutiva fíbula D
Operação: fxo cominutiva
Cirurgião: Clarindo
1º Auxiliar: Zenedito 2º Auxiliar: _____
Instrumentador(a): Aracil Circulante: Antonio

Técnica e Tática Cirúrgica: paciente sob anestesia / Antissepsia / Anestesia / Campos e fíbula / punção / drenagem / redução de fratura / fixação com placa + parafusos bloqueados / curativo com vasal / sutura da pele / curativo limpo / A.R.S.

MEDICAMENTOS

Adrenalina 2:	Haloperidol 85:	Ringer lactado 500ml 134:
Água destilada 500ml 256:	Halothano 86:	Solu cortef 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 glicol. 500ml 166:
<u>Atropina 10</u> 93:	Neocaina 0,5% clad 115:	Thiopental 1g 1:
Decadron 4mg 275:	Neocaina 0,5 % isobárica 117:	Tilatil 20mg 173:
Dimorf 0,2mg 51:	Neocaina 0,5 % pesada 118:	Tracur 273:
Dimorf 1mg 52:	Neocaina 0,5 % s/ad 116:	Valium amp 46:
Dolantina 53:	Neomicina pom 119:	Vaselina tb 180:
Dormina 15mg 54:	Novalgina amp 121:	Xilestasin gel 182:
Dropidol 190:	Pancuron 274:	Xilocaina 2% clad 183:
Etonil 55:	Plasil 130:	Xilocaina 2% s/ad 184:
Fentanil 10ml 61:	Propofol 10mg 272:	Zofran amp 185:
Fentanil 2ml 62:	Presil 200:	<u>Fraxalix</u> <u>01 ml</u>
Genamcicina 80mg 77:	<u>ADIPHINA 500mg</u> <u>01</u>	
Glicose 50% 242:	Revivan 202:	

MEDICAMENTOS

Agua oxigenada 13:	Coletor de urina 36:	Microport 25mm 72:
Água desc. 06:	Compressa G 39:	Plexu G 24 270:
Água peridural 18 G 7:	Compressa P 38:	Polifix 2 vias 199:
Água raque 25 G 8:	Dreno penrose 260:	Pvpj degemante 131:
Água raque 26 G 14:	Equipo macrogota 191:	Pvpj tóxico 132:
Água raque 27 G 9:	Equipo sangue 192:	Scalp 142:
Água raque 29 G 10:	Esparadrapo 56:	Seringa 1 ml 148:
Alcool a 70% 15:	Éter 58:	Seringa 10 ml 150:
Alcool iodado 258:	Formol 79:	Seringa 20 ml 151:
Algodão bolé 265:	Gases S.O. 40:	Seringa 5 ml 149:
Al. Algodão ortop. 20:	Gelco 80:	Sonda Foley 156:
Al. Crepe 10 cm 21:	Gono descartável 268:	Sonda uretral 160:
Al. Crepe 15 cm 22:	lodo a 2% 88:	Vaselina líquida 179:
Al. Crepe 20 cm 19:	Lamina bisturi 194:	<u>Chetrolin</u> <u>01</u>
Al. Gessada 20 cm 23:	Luva procedimento 98:	<u>1 RX</u>
Borracha latex 264:	Luvax 7,5/8,0 96:	<u>INTENSIFICADOR DE IMAGEM</u>
Cateter intravenoso 269:	Mascaras desc. 198:	
Cateter peridural 269:	Microport 12.5mm 71:	

FIOS

Cera Cotas NY310 280:	Monofil / 3/1936H 106:	Polycot / 0/SPA45/ 282:
Cromado / 0/802T 280:	Monofil / 4/1426H 107:	Polycot / 2/0/SPA44T/ 283:
Cromado / 1/803T 279:	Monofil / 5/1426H 111:	Polycot / 3/0/SPA43T/ 284:
Dermabond 285:	Monofil / 6/1426H 108:	Proline / 2/0/8411T/ 281:
Ethibond / 2/0/820T/ 59:	Monofil / 7/1426H 109:	Vicril / 1/US617H/ 179:
Ethibond / 5/0/845G/ 60:	Monofil / 4-0/1429 110:	Vicril / 1-0/3430H/ 278:
Monofil / 0/1358H/ 104:	Monofil / 5-0/14501 112:	
Monofil / 2/1349H/ 105:	Monofil / 6-0/14500 113:	

Data: 08, 10, 18

Cirurgião - CRM: _____

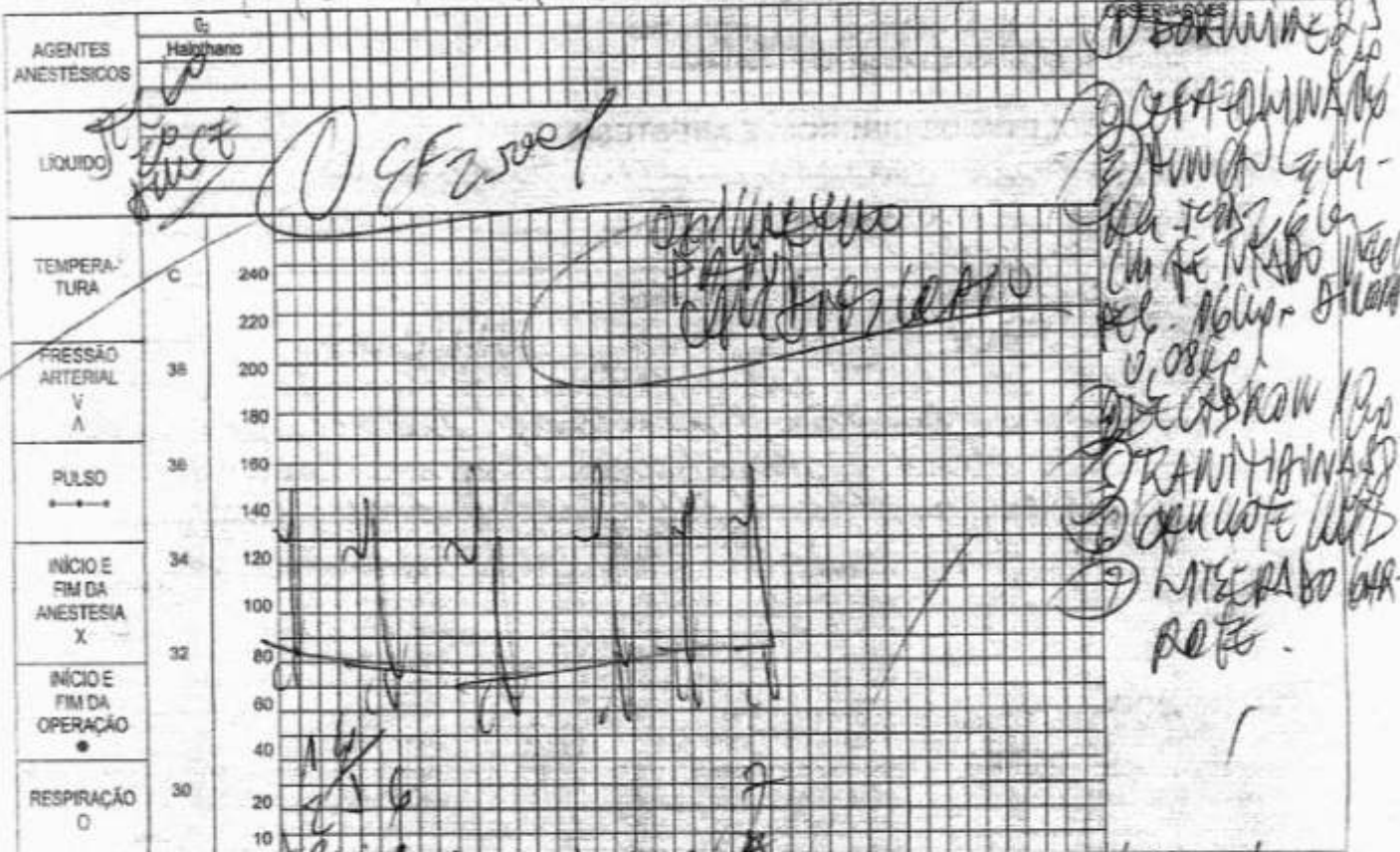
Dr. Clarindo Veras & Junior
Ortopedia
Cirurgia de Joelho
CRM PI 4551 T107: 14058

Anestesia:

RAQUIANESTESIA

Risco(ASA):

I - E



SÍMBOLO

TECNOLOGIA

ATIVIDADES

JUSTIFICAR

LIQUIDOS	PAC. TRANSFUNDIDO	OXIGENIO/h	PROTO. DE AZOTO/h	AR COMPRIMIDO/h
SF 0.9% 2500 ml	GS _____ RH _____	Início: _____	Início: _____	Início: _____
SG 5% _____ ml	Conc. Hem: _____ ml _____ unid	Tér.: _____	Tér.: _____	Tér.: _____
_____ ml	_____ : _____ ml _____ unid	Durac: _____	Durac: _____	Durac: _____
TOTAL 2500 ml	_____ : _____ ml _____ unid	l/m	l/m	l/m

EQUIPAMENTOS

Bisturi: <input checked="" type="checkbox"/> elétrico () bipolar	Intensificador de imagem ()	Garrote pneumático <input checked="" type="checkbox"/>
Serra elétrica: () osso () gesso	Aparelho artroscópico ()	Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/>
Perfurador: () elétrico <input checked="" type="checkbox"/> bateria	Desfibrilador ()	Utopaspirador ()
Raio X na sala ()	Aspirador ()	Fibra ótica ()
Monitor cardíaco <input checked="" type="checkbox"/>	Lupa cirúrgica ()	

MATERIAIS E PRÓTESES

Dono de Sessão: _____ unid	Parafuso cortical n° _____ P _____	Cimento ortop: _____ dose
Fio Kircher: _____ unid	Quantidade _____ G _____	Prótese: _____
Fio Steinmann: _____ unid	Parafuso molecul n° _____ P _____	Acetábulo: _____
Fio vazado: _____ unid	Quantidade _____ G _____	Haste Kunthischer: _____
Fio seelapom: _____ unid	Parafuso esponjoso n° _____ P _____	Fixador externo: _____
Fio guia 4 furos: _____ unid	Quantidade _____ G _____	
Grampos de Blount: _____ unid	Paraf. Inter. Titânio n° _____ P _____	
Placa n° _____	Quantidade _____ G _____	

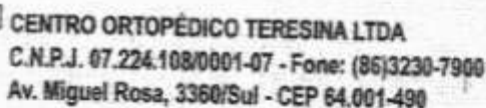
Data: 18, 10, 18

Anestesiista - CRM:

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 ABR 2019

Dr. ENE LUIZ O. GREGO/Neto
 Clarinda de B. Vagos Neto
 Diretor Administrativo
 CARGO ORÇAMENTAL TRANSFERIDO



Printed: 08/26/2014 At: 14:11:39
MAILBOX FERNANDES ARNON
Out: 14:11:39 In: 07/07/2014
User: HCA
Dr. Name: CLAUDIO LEEFS
Dt. Nasc: 12/05/1964 Cx: 0009728701

Instrumentador(a): Rafael Circulante: Amely

Técnica e Tática Cirúrgica: (1) Paciente em D.O.A. sob anest. local + sedação. (2) Exploração de lesão e identificação lesão do tendão extensor do 3º dedo. (3) Realizado tenorrafia e sutura da lesão de yate.

MEDICAMENTOS					
Adrenalina	2:	Haloperidol	85:	Ringer lactado 500ml	134:
Água destilada 500ml	256:	Halothano	86:	Solu cortef 500mg	153:
Água destilada 10ml	11:	Heparina sc	87:	Soro fisiol. 1000ml	164:
Acinofilina	18:	Ketalar	193:	Soro fisiol. 500ml	165:
Atropina	24:	Narcan	244:	Soro glico. 500ml	166:
Cefalotina 1g	93:	Neocaina 0,5 % c/ad	115:	Thiopental 1g	1:
Decedron 4mg	275:	Neocaina 0,5 % isobárica	117:	Tiletal 20mg	173:
Dimorf 0,2mg	51:	Neocaina 0,5 % pesada	118:	Tracur	273:
Dimorf 1mg	52:	Neocaina 0,5 % s/ad	118:	Valium amp	46:
Dolantina	53:	Neomicina pom	119:	Vaselina tb	180:
Dormire 15mg	54:	Novalgina amp	121:	Xilestiesin gel	182:
Droperidol	190:	Pancuron	274:	Xilocaina 2% c/ad	183:
Efortil	55:	Plasil	130:	Xilocaina 2% s/ad	184:
Fentanil 10ml	61:	Propofol 10mg	272:	Zolfran amp	185:
Fentanil 2ml	62:	Prostigmine	200:		
Gentamicina 80mg	77:	Quelicin	201:		
Glicose 50%	242:	Revivan	202:		

Agua oxigenada	13:	Coletor de urina	36:	Microscopio 25mm	72:
Agulha desc.	06:	Compressa G.	39:	Pielusfix G 24	70:
Agulha peridural 18 G.	7:	Compressa P	38:	Potifix 2 vias	199:
Agulha raque 25 G.	8:	Dreno penrose	260:	Pvpi degemante	131:
Agulha raque 26 G.	14:	Equipo macrogota	191:	Pvpi tipico	132:
Agulha raque 27 G.	9:	Equipo sangue	192:	Scalp	142:
Agulha raque 29 G.	10:	Esparadrapo	56:	Seringa 1 ml.	148:
Alcool a 70%	15:	Eter	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.	30:	Geico	80:	Sonda foley	156:
Al. Crepe 10 cm.	21:	Gomo descartável	268:	Sonda uretral	160:
Al. Crepe 15 cm.	22:	Iodo a 2%	86:	Vaselina liquida	179:
Al. Crepe 20 cm.	19:	Lamina bisturi	194:		
Al. Gessada 20 cm.	23:	Lixa procedimento	98:		
Borracha latex	264:	Luxas 7,5/8,0	96:		
Cateter intravenoso	288:	Mascaras desc.	198:		
Cateter peridural	269:	Microscopio 12,5mm	71:		

FIDS

era Ossea W310		Monocel / 3/Y336H	108:	Polycat / 0/SPA45T	282:
Grômado/O/SO2T		Monocel / 4/Y426H	107:	Polycat / 2-0/SPA44T	283:
Simpredal/1803T	278:	Mononylon / Incolor/4-0/1111	111:	Polycat / 3-0/SPA43T	284:
Dermabond	286:	Mononylon/2-G/ 1215	108:	Prolene / 2-G/6411T	281:
Ethibond / 2-0/X520T/	59:	Mononylon/ 3-G/1163	109:	Vicril / UJS617H/	179:
Ethibond / 5/MBA6G/	60:	Mononylon/4 -0/1129	110:	Vicril / 1-G/1340H/	278:
Monocel/0/Y35BH	104:	Mononylon/ 5-0/14501	112:		
Monocel / 2/1345H/	105:	Mononylon/ 6-0/14500	113:		

Date: 16/10/18

Cirurgião – CRM:

Dr. Tercio Damasceno
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI. 3624


Centro Ortopédico 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	PRESSÃO	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	20lrm	104bpm	37,8°C	94%	---	AAD

Evolução:

HORA	DESCRIÇÃO	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 algicas no momento. COREN 397716ENF PI AMANDA AMORIM DIAS	 COREN-PI 397.716

anotação:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
16/10/2018 14:41	Admitido para tratamento cirúrgico por fratura tibia D, há 8 dias. Vítima de acidente motociclístico. 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	Puncionado 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 cirurgico.	COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA

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


Centro Ortopédica 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	PRESSÃO	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	20lrm	104bpm	37,8°C	94%	—	AAD

Evolução:


HORA	DESCRIÇÃO	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 algicas no momento. COREN 397718ENF PI AMANDA AMORIM DIAS	 AMANDA AMORIM DIAS COREN-PI 397.716

anotação:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
16/10/2018 14:41	Admitido para tratamento cirúrgico por fratura tibia D, há 8 dias. Vitima 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	Puncionado acesso venoso periférico em MSE. Utilizado 02 jelco nº 22, 03 bolas de algodão, 30 ml de alcool 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 cirurgico.	COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA


 - NUNCA COM O ORIGINAL
 Clarindo de B. Veras Neto
 Diretor Administrativo
 CENTRO ORTOPÉDICA TERESINA LTDA

Centro Ortopédico 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  COREN-PI 397.716
------------------	---	---

Multidisciplinar:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL

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


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	PRESSÃO	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	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
17/10/2018 21:44	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 suprapodálica, refere desconforto na tala próximo ao joelho. Orientado quanto jejum a partir de 00:00 h. Segue aos cuidados de enfermagem. COREN 526365ENF PI ROSELY CRUZ DA S MACHADO	

anotação:

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

Multidisciplinar:

HORA	DESCRIÇÃO	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	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	HORÁRIO
3	Cefazolina 1g + AD, EV 6/6	12:18
4	Tilatil 20mg + AD, EV, 12/12	12:18
5	Dipirona 3cc + AD, EV, 8/6h	12:18
6	Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h	12:18
7	Decadron 4mg + AD, EV, 12/12	12:18
8	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h	12:18
9	Nauseadron 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N	12:18
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
- CATATLAN
- DICHOFENACO



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	21mm	95bpm	37,4°C	98%	---	AAD

Evolução:

HORA	DESCRIÇÃO	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 algicas no momento. COREN 397716ENF PI AMANDA AMORIM DIAS	AMORIM DIAS ENFERMEIRA COREN-PI 307.716

anotação:

HORA	DESCRIÇÃO	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 algicas no momento. COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA	

Multidisciplinar:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 ABR 2019
CENTRO SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lq3 C
Centro-Horiz CEP: 64.052-470
Teresina-PI

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)

EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
3	Cefazolina 1g + AD, EV, 6/6	11h
4	Tilatil 20mg + AD, EV, 12/12	12h
5	Dipirona 3cc + AD, EV, 6/6h	12h
6	Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h	12h
7	Clexane 40mg, SC, 1x ao dia	11h
8	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h	11h
9	Nauseadron 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N	
10	Decadron 4mg + AD, EV, 12/12	
11	Sonda vesical de alívio, S/N	
12	SSV + CCGG	
13	<i>Cefazolina</i>	OR
14	<i>Ranitidina</i>	OR

DR CLARINDO VERAS
CRM 999-PI

Alergia
① AS
② cefalexim
③ dolofermaco

CONFERE COM O ORIGINAL
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	21mm	74bpm	35,9°C	95%	---	AAD

Evolução:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL

anotação:

HORA	DESCRIÇÃO	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 nº 7+ gases 02 pacotes + Soro fisiológico 0,9% 100ml + micropore 2,5cm . COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA	

Multidisciplinar:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL

CONFERE COM O ORIGINAL
Clarindo de B. Veras Neto
Diretor Administrativo
Centro Ortopedico Teresina Ltda

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
C 3 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-000
Teresina - PI



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 RADIOLOGICO *****

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

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP


Exame: 0021-RX PERNA DIR

CONCLUSÃO:

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

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data 1 / 1 / 1


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: 284829 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA
AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ID: 284829
DATA: 20190328
CONT:

W/L: 4096 2048

ZOOM: 125.17%

No IMGS: 1

IMG ATUAL: 1

AQUIS: 1

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ID: 284829

DATA: 20190328

CONT:

SERVER

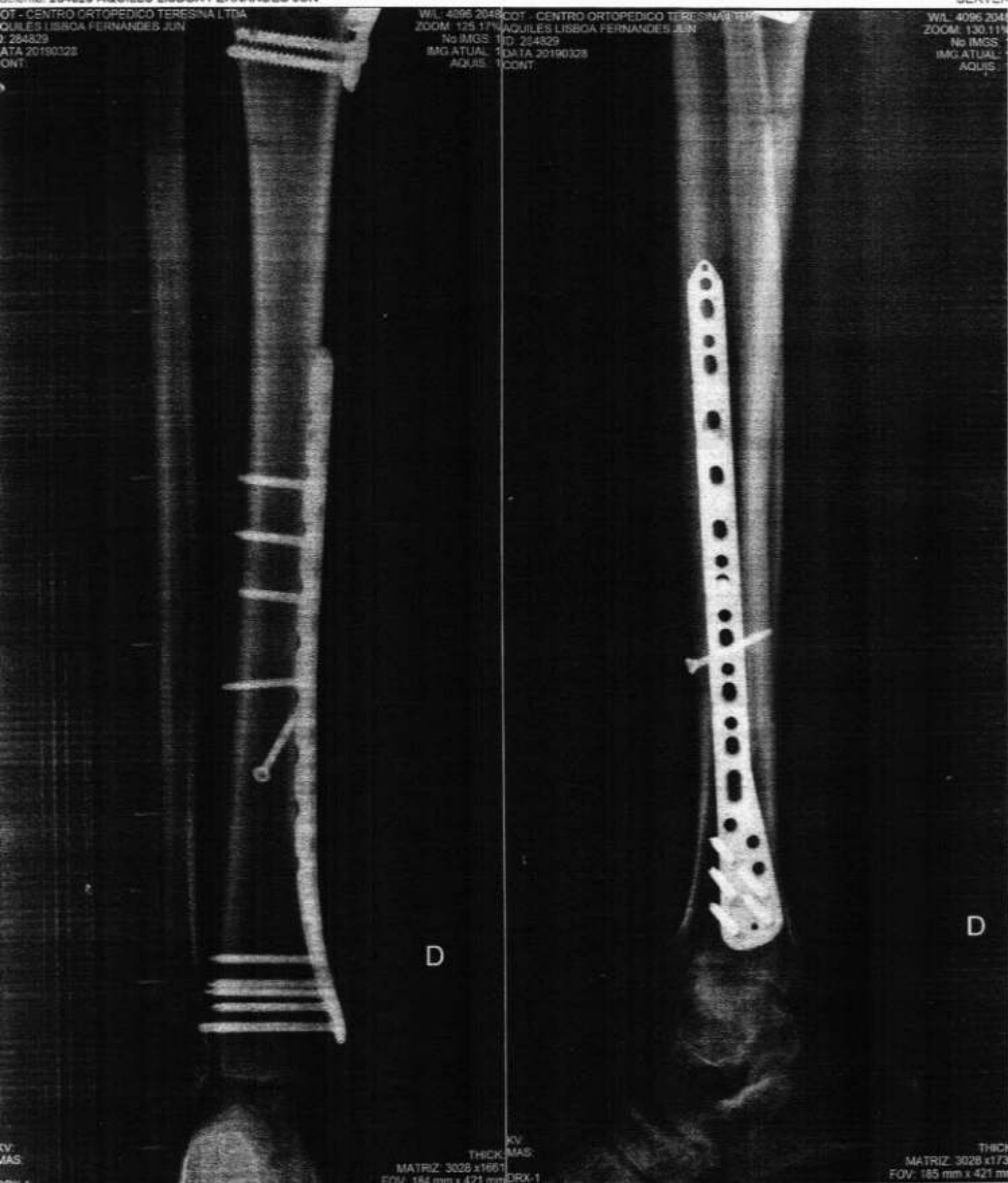
W/L: 4096 2048

ZOOM: 130.11%

No IMGS: 1

IMG ATUAL: 1

AQUIS: 1



KV: 70
MAS: 3.0
DRX: 1

KV: 70
THICK: MAS: 3.0
MATRIZ: 3028 x 1733
FOV: 185 mm x 421 mm
DRX: 1

KV: 70
THICK: MAS: 3.0
MATRIZ: 3028 x 1733
FOV: 185 mm x 421 mm

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

3 ABR 2019

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

3230-7900

GENE SEGURADORA 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 RADIOLOGICO *****

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

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPÉP

Exame: 0097-RX MAO DIR

CONCLUSÃO:

DIMINUIÇÃO DA DENSIDADE OSSEA
EDEMA DE PARTES MOLES

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data 1 / 1 / 1

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
CONTEUDO 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

D: 274269

DATA 20181016

CONT:

SERVER

W/L: 4096 2048

ZOOM: 102.02%

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: 2733 x1244

FOV: 372 mm x 173 mm

W/L: 4096 2048

ZOOM: 97.20%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1

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 RADIOLOGICO *****

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

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 ABR 2019

CENTO SEGURADORA S.A.
Rua do Comércio, 465 Loja C
Teresina - PI 64011-470



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: 276598 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

SERVER

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ID: 276598

DATA 20181120

CONT:

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

ID: 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 RADIOLOGICO *****

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

SERVER

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ID: 274269

DATA 20181016

CONT:

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

ID: 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 RADIOLOGICO *****

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 DIÁFISE DA TÍBIA
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 RADIOLOGICO *****

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 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: 276598 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

SERVER

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

W/L: 4096 2048

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ZOOM: 100.00%

ID: 276598

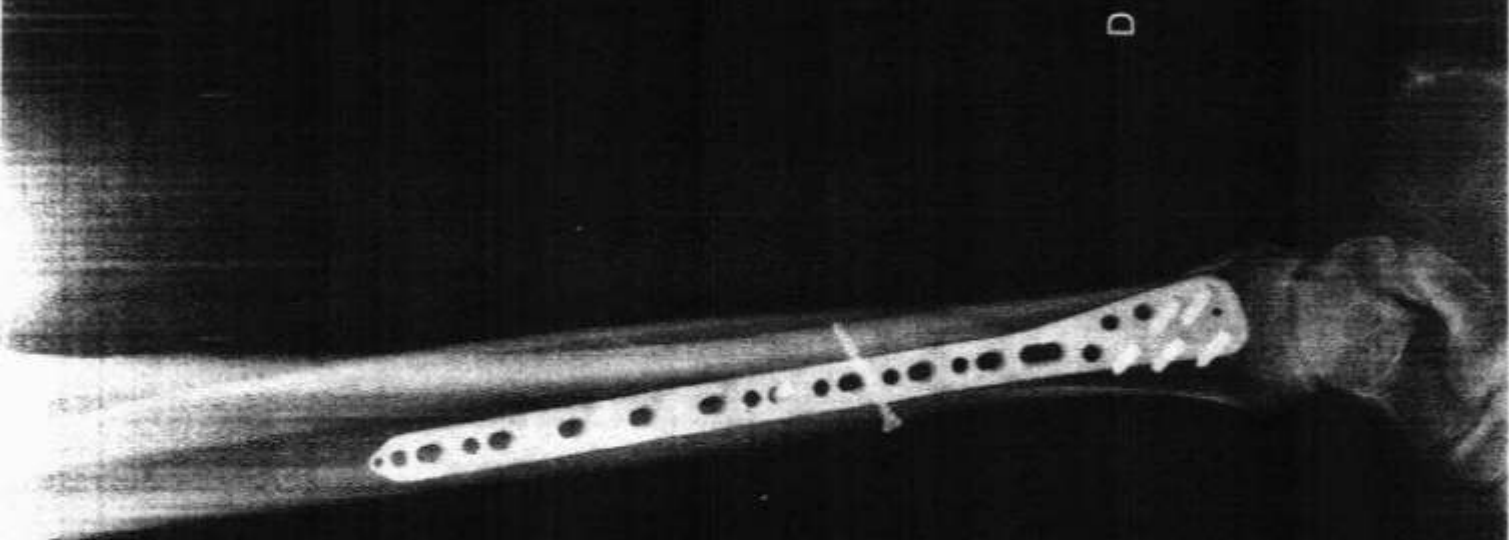
No IMGS: 1

DATA 20181120

IMG.ATUAL: 1

CONT:

AQUIS.: 1



MAS:

THICK

DRX-1

MATRIZ: 3028 x2158

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

FOV: 421 mm x 240 mm

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

W/L: 4096 2048

ID: 276598

ZOOM: 100.00%

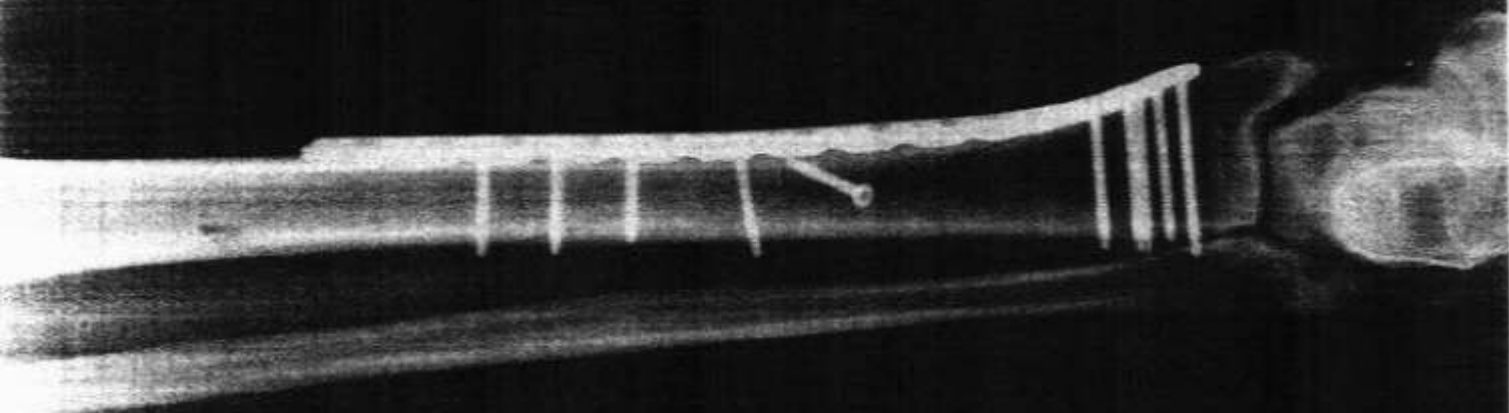
DATA 20181120

No IMGS: 1

CONT:

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1



KV:



MAS:

THICK

DRX-1

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 RADIOLOGICO *****

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**



Paciente: 274269 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

SERVER

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

W/L: 4096 2048

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ZOOM: 100.00%

ID: 274269

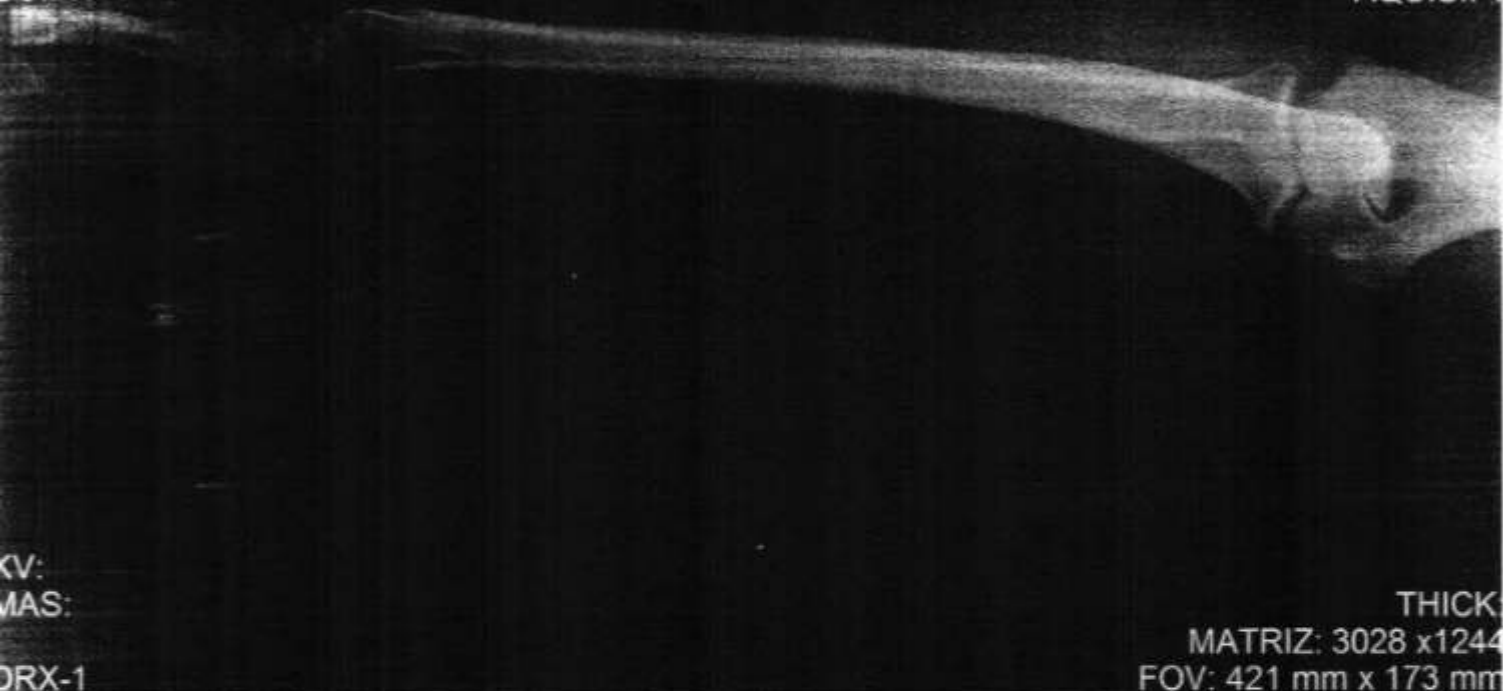
No IMGS: 1

DATA 20181016

IMG.ATUAL: 1

CONT:

AQUIS.: 1



KV:
MAS:

THICK

DRX-1

MATRIZ: 3028 x1244

FOV: 421 mm x 173 mm

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

W/L: 4096 2048

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ZOOM: 110.79%

ID: 274269

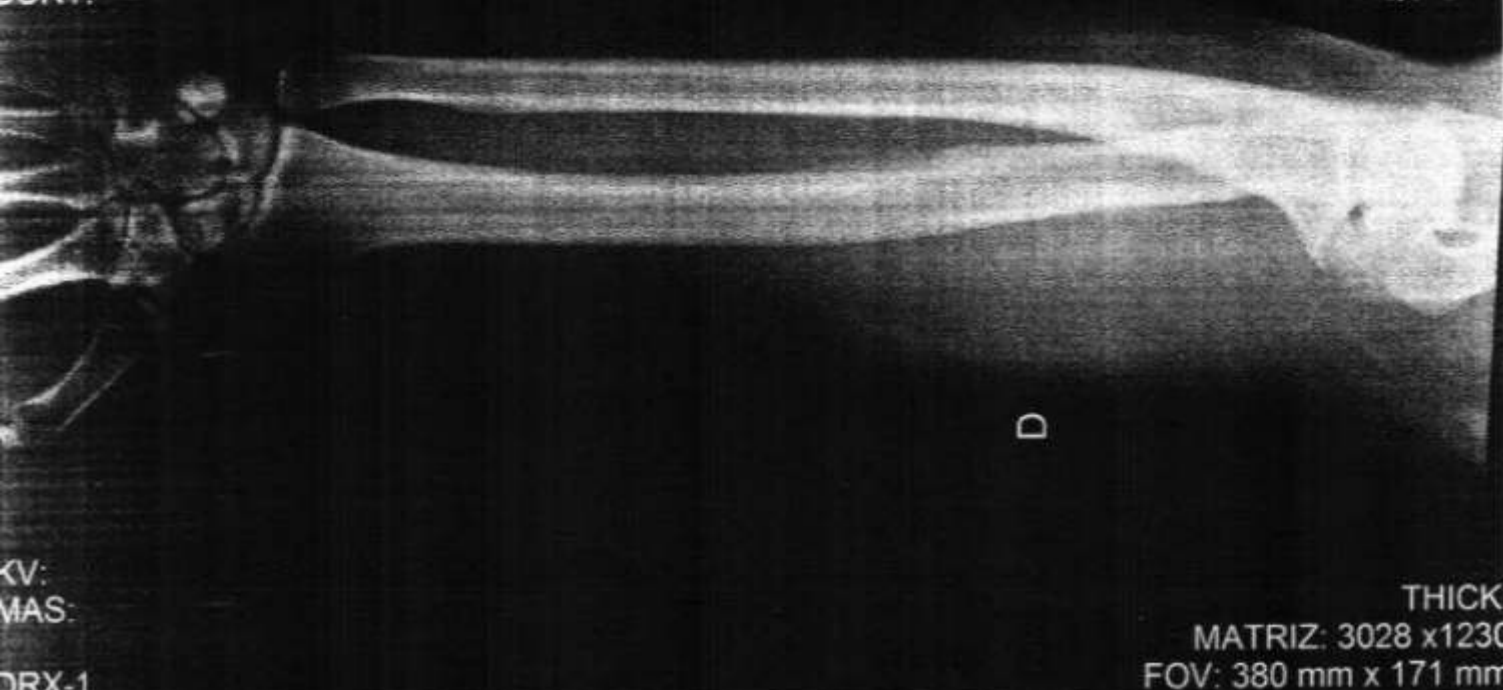
No IMGS: 1

DATA 20181016

IMG.ATUAL: 1

CONT:

AQUIS.: 1



KV:
MAS:

THICK

DRX-1

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 RADIOLOGICO *****

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
PRESENÇA DE PLACA E PARAFUSOS METALICOS

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data 1 / 1 / 1


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**



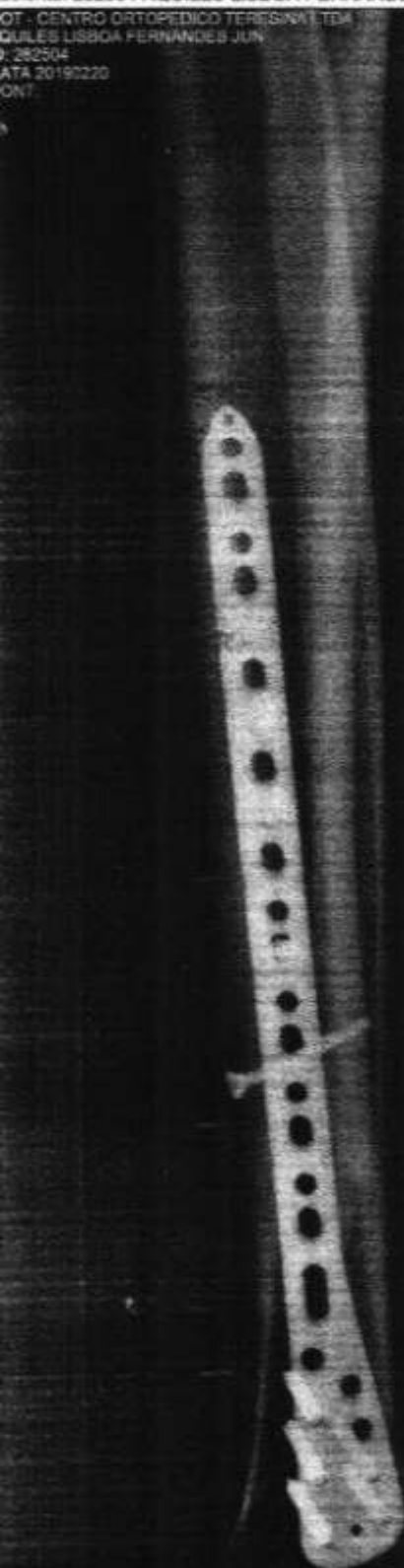
Paciente: 282504 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA
AQUILES LISBOA FERNANDES JUN
ID: 282504
DATA 20190220
CONT:

WL: 4096 2048
ZOOM: 141 51%
No IMGs: 1
IMG ATUAL: 1
AQUIS: 1
CONT:

SERVER

WL: 4096 2048
ZOOM: 158 32%
No IMGs: 1
IMG ATUAL: 1
AQUIS: 1



D

KV:
MAS:
DRX: 1

THICK:
MTRIZ: 3028 x1535
FOV: 160 mm x 365 mm
DRX: 1



D

THICK:
MTRIZ: 3028 x1527
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 RADIOLOGICO *****

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
PRESENÇA 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