

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190080974 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO **Data do acidente:** 16/06/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190080974 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO **Data do acidente:** 16/06/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jose Oliveira Gomes Filho BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL Solteiro PROFISSÃO Entregador de Gas CI RGN. E 55337418 CPF/ME
Nº 035998374192 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA 10 Sete de Abril - 03 - nº 477
CIDADE DE Água Branca
ESTADO Piauí CEP 64430-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.394.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ILESBAI VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefona, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

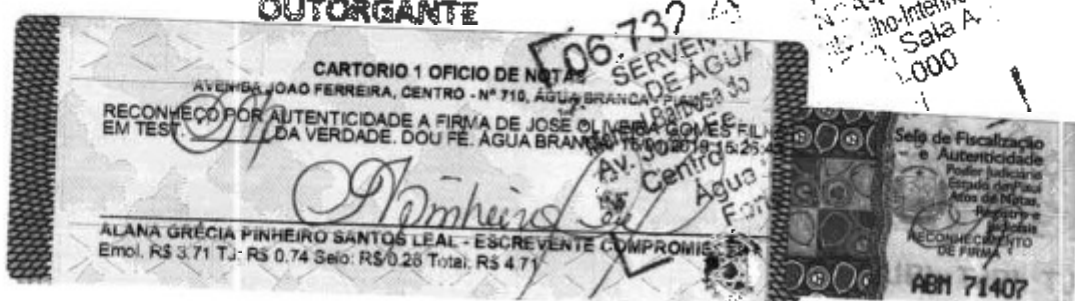
OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Água Branca, PI 15 de Janeiro de 20 19

+ Jose Oliveira G. Filho

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034721/19

Vítima: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

CPF: 035.998.813-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/06/2017

Titular do CPF: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO : 035.998.813-08

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: 30/01/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190080974

Vítima: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

Data do Acidente: 16/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

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, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190080974

Vítima: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

Data do Acidente: 16/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

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 dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003050

Conta: 0000014282-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DANS (DES PÉSES DE ASSISTÉNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASE:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

035.998.813-08

Jose Oliveira Gomes Filho

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

Nome completo:

Jose Oliveira Gomes Filho

CPF:

035.998.813-08

Profissão:

Empregador de Jós

Endereço:

Rua Projetada 03

Número:

477

Complemento:

Bulungao

Bairro:

Bulungao

Cidade:

Agua Branca

Estado:

Piauí

CEP:

64.460-000

E-mail:

Recuso-se

Tel. (DDD):

(86) 99981-6008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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)

Nome do BANCO:

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3050

CONTA:

14.282

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gráu da Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val hascer)?

☐

Sim

☐

Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

Agua Branca PI 19.01.2019

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jose Oliveira G. Filho

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

PJ CORRETO DE SEGUROS

30 JAN 2019

DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGIO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 134481.000812/2018-93

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

Data/Hora: 29/11/2018 - 13:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ÁGUA BRANCA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ÁGUA BRANCA

Endereço

BR. 343 PRÓXIMO AO ACESSO DO LIXÃO DE ÁGUA BRANCA, Nº: S/N

Complemento

Data/Hora

16/06/2017 - 02:00

Bairro

BULUNGÃO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ OLIVEIRA GOMES FILHO

RG: 55 337.4187 SSPSP SP

Mãe: ANTONIA AURISNEIDE OLIVEIRA GOEMS

Pai: JOSÉ VIEIRA GOMES

Endereço: RUA PROJETADA 03, Nº 477

Bairro: BULUNGÃO

Cidade: ÁGUA BRANCA

Telefone(s): 86-9937-4192

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 125 FAN KS

Ano: Placa: Chassi:

2010 NIO1924 9C2JC41100AR076104

Rensavan:

250406334

Cor:

Arata

Condutor: JOSÉ OLIVEIRA GOMES FILHO

RG: 55337418 Órgão: SSPSP UF RG: SP

End: RUA PROJETADA 03 Número: 477 Complemento:

Cidade: ÁGUA BRANCA UF: PI Bairro: BULUNGÃO

Proprietário: KAIO KELVIN PINTO CAVALCANTE

End: RUA CINCO DE MARÇO Número: S/N

Cidade: ÁGUA BRANCA UF: PI Bairro: BULUNGÃO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia de policia civil para, comunicar um acidente de transito ocorrido na BR-343, próximo ao acesso do Lixão da Cidade de Água Branca; relata o noticiante que estava conduzindo sua motocicleta no sentido Água Branca São Pedro; que de repente surgiu um veículo que não foi identificado; bateu no punho esquerdo da motocicleta; o noticiante perdeu o equilíbrio e veio a cair; foi levado para o hospital; foi examinado pelo médico de plantão e liberou para que o noticiante ficasse internado; fratura foi na região metafisária distal do rádio, com fio de fixação metálica. Diante do exposto pediu providência por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim.

Gregório Luiz De Sousa - Mat. 0096920
AGENTE DE POLÍCIA

Gregório Luiz de Sousa
Agente de Polícia Civil
Mat. 0096920

José Oliveira G. Filho
JOSÉ OLIVEIRA GOMES FILHO - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 134481.000812/2018-93

Delegado de Polícia

Gregório Luiz de Sousa
Delegado de Polícia Civil
Mat. 009692-0

Jose Oliveira G. Filho

PJ/CORRETORA
DE SEGUROS
30 JAN 2019
DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DANS (DES PÉSES DE ASSISTÉNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASE:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

035.998.813-08

Jose Oliveira Gomes Filho

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

Nome completo:

Jose Oliveira Gomes Filho

CPF:

035.998.813-08

Profissão:

Empregador de Jós

Endereço:

Rua Projetada 03

Número:

477

Complemento:

Bulungao

Bairro:

Bulungao

Cidade:

Agua Branca

Estado:

Piauí

CEP:

64.460-000

E-mail:

Recuso-se

Tel. (DDD):

(86) 99981-6008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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)

Nome do BANCO:

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3050

CONTA:

14.282

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gráu de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

herdeiro (val herdeiro)?

☐

Sim

☐

Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

Agua Branca PI 19.01.2019

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

PJ CORRETO
DE SEGUROS

30 JAN 2019

DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGIO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



17.577.205/0015-321



UPA RENASCENÇA

Rua Rio Verde, nº 2810

Renascença III - CEP: 64.082-113

Teresina - PI

Fundação Municipal de Saúde



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade	UPA	Para Unidade	H/P/M/H/F
Paciente	João Oliveira Gomes Filho		Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			
Paciente vítima de acidente de moto, apresentando lesão de rádio distal (D) com fratura. HD: Fratura de rádio distal (D). Data: 10/06/17			
			Dr. Tercio Barros Moura Ortopedia e Traumatologia CRM nº 3824
			Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para:
DIAGNÓSTICO	
Data: / /	
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JAN 2019

DPVAT

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: 07/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03050

CONTA: 000000014282-7

Nr. da Autenticação 1EE07431A8A4A367

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/001-00 | Ins. Estadual: 10.301.383-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Seta 0-5
Regime especial de Imposto de Renda pelo SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 014240664

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	04/12/2018	142	134,20

ANTONIA MARIA OLIVEIRA MARTINS
R. PROJETADA 03 477 BULUNGAO BULUGAO
CPF: 00021945640391
CEP: 64.460-000 - AGUA BRANCA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	2160	Atual:	27/11/2018
Anterior:	2018	Anterior:	26/10/2018
Coeficiente de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26/12/2018
Consumo Medido:	142	Emissão:	26/11/2018
Consumo Faturado:	142	Apresentação:	27/11/2018

NORMAL

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Tempo	Número Medidor	Posto	Código Tel.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1678833		1.1.1.1	100

HISTÓRICO KWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	142 A R\$ 0,799579 = 113,54
OUT/18	140	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,52
SET/18	142	CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00	6,24
AGO/18	132	MULTA POR ATRASO 03/18-00	1,68
JUL/18	111	JUROS POR ATRASO 03/18-00	6,22
JUN/18	113	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	2,19
MAI/18	117	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	1,10
ABR/18	127		
MAR/18	114		
FEV/18	101		
JAN/18	52		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 142 - 0,578348

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 12/12/2018, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, também, a inclusão do nome do consumidor na SERASA, informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 16,68 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800-086-0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO EEF9.FF79.CB52.7F41.6A04.3463.580C.AFC3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	23,13	Uso da Cálculo:	113,54
Energia:	43,96	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	6,91	Valor do ICMS:	24,97
Encargos:	7,00	Valor do PIS:	1,35
Tributos:	32,54	Valor do COFINS:	6,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,06 16,12 32,23 4,59 9,19 18,37 4,48
0,00 0,00 0,00

NOVEMBRO/2018

09/2018

41,41



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JAN 2019

DPVAT

Tim
Rua Lúcio Riquelme, 1914
Cidade de São Paulo - SP
CEP: 05421-400
Fone: 11 4214-1000
Fax: 11 4214-1001-11

TIM
BLACK

Página 1 de 2

R\$ 139,47

VENCIMENTO

25/01/2019

EMIÇÃO: 07/01/2019

POSTAGEM: 21/01/2019

FATURA: 3649223240

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
04325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.674.23773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 0000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Prezada cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 30/01/2019, sem cobrança de juros e multa. Confira nessa fatura a cobrança de um novo serviço: Serviço de Voz 4G para o número 86999993007.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/DEZ A 06/JAN

Serviços TIM S.A.	VALOR
☒ Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
☒ CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,77
☒ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ -6,29

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

MENSALIDADES

Atividades que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

Desconto Oferta TIM Pós C Plus

Sabotoloi

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

100 GB de Internet para Vídeo

TIM Music

100 GB de Internet Virtual

100 GB de Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	31	07/12 a 06/01	189,99
-	-	9/12	31	07/12 a 06/01	-50,00
-	-	1	31	07/12 a 06/01	139,99
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Para obter mais detalhes sobre sua conta, consulte sempre que desejar, com toda a praticidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.meutim.com.br ou ligue para a Central de Atendimento: 1056

DPVAT

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

30 JAN 2019

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

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PROVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

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

Jose Oliveira Gomes Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.998.813 / 08

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Oliveira Gomes Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.998.813 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Jett de Senebar</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elesbão Veloso</u>	Estado: <u>PIAUÍ</u>
E-mail: <u>Carlaadrianasousa@gmail.com</u>	CEP: <u>64325-000</u>	Tel.(DDD): <u>(86)999-81.6008</u>

Local e Data: Elesbão Veloso - PI - 23.01.2019.

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

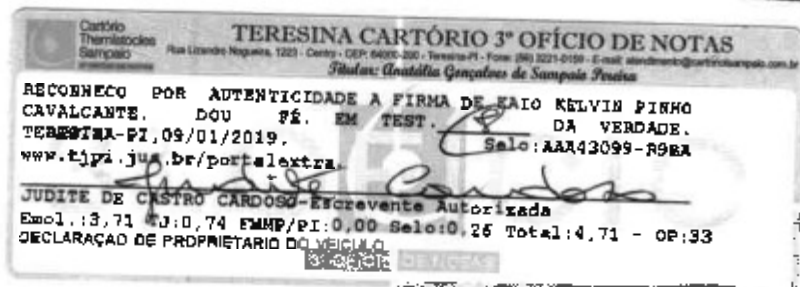


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Kaio Kelvin Pinto Cavalcante
 RG nº 3482824, data de expedição 30/07/10
 Orgão SSP/PI, portador do CPF nº 06695934355, com
 domicílio na cidade de Agua Branca - PI no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 05 (cinco) de Marco Sm. nº
Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(são) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Jose Oliveira Gomes Filho cujo o condutor era
Jose Oliveira Gomes Filho
 Veículo: Motocicleta
 Modelo: Honda - CG-125 Fan-ks.
 Ano: 2010-2010
 Placa: NEP-3920
 Chassi: 9C25CA1100AR076104
 Data do Acidente: 26-06-2017
 Local e Data: Agua Branca - PI
09/01/2019

Kaio Kelvin Pinto Cavalcante
 Assinatura do Declarante

Jose Oliveira G. Filho
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 CONSULTE O SELO
 DIGITAL

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 JUDITE DE CASTRO CARDOSO
 Escrevente Autorizada



17.577.205/0015-37



UPA RENASCENÇA

Rua Rio Verde, nº 2810

Renascença III - CEP: 64.082-110

Teresina - PI

Fundação Municipal de Saúde



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade	UPA	Para Unidade	HPM/HOT
Paciente	João Oliveira Gomes Filho		Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			
Paciente vítima de acidente de moto, apresenta fratura de rádio distal @ cirurgia.			
HD.	Fratura de rádio distal @		Dr. Tércio Damas Moura Ortopedia e Traumatologia CRM-PI: 3824
Data	01/06/17		
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo			

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para:
DIAGNÓSTICO	
Luís Henrique Vasconcelos F. S. TEN. PM Chefe de Arquivo Técnico do HPM-PI PC: 105.001.938-9 Matr. 14955 PJ CORRETORA DE SEGUROS 30 JAN 2019 DPVAT	
Data	Médico responsável pelo encaminhamento

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0013-32

Impr: 16/06/2017 11:07:42
User: TERC 001332
Estação: 001332

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO		Prontuário: 87087	
Mãe: ANTONIA AURISNEIDE OLIVEIRA GOMES		Pai: JOSE VIEIRA GOMES	
End. Resid.: QD 47 LOP 21 C A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP:			
Nascimento: 29/05/1968	Idade: 29a:1m:18d	Sexo: Masculino	Fone:
Responsável: O MESMO	CNS: 702202625824760	Documento: CPF: 035.999.813-00	
Profissão:	M. Civil: Ignorado		
G. Instrução: Não informado			
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 177383	Entrada: 16/06/2017 11:07:42	Convênio: S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	MMSSPI	Fratura fechada sem assvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco:		Ass. Profissional: [Assinatura]	
PACIENTE SOFREU QUESA DE MOTO COM TRAUMA EM MSE HA 1 DIA; NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA		JOÃO PAULO DE SOUSA MENEZES CPF: 011.123.456 Em: 16/06/2017	

SSVV:	(Hora: :)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	TMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0	Temp: 0	Pressão: 0

DADOS CLÍNICOS:
PACIENTE TEVE QUECA DA PRÓPRIA ALTURA E APRESENTA FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO
CD: ENCAMINHO PARA CÍRURGIA

Diagnóstico Inicial:
Fratura da extremidade distal do rádio

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO MEDICA:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ALTA COM RECEITA DATA: / / HORA: :

Confere Com o Original
Núcleo de C
17.577.205/0015-32
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA
PJ CORRETORA DE SEGUROS
30 JAN 2019
DPVAT
Dr. Tercio Dantas Moura
Medicina e Traumatologia

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074
TERESINA-PI CEP: 64062-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

UPA
24h

BOLETEM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO		Imp: 16/06/2017 12:17:32	
Mãe: ANTONIA AURISNEIDE OLIVEIRA GOMES		Prontuário: 87087	
End. Resid.: QD 47 LÔT 21 C A - PROMONAR - TERESINA - PI - CEP:		Pai: JOSE VIEIRA GOMES	
Nascimento: 29/05/1988	Idade: 29a:1m:18d	Sexo: Masculino	Fono:
Responsável: O NRSXO	CNS: 702709625824760	Documento: CPF: 035.998.813-08	
Educação:	E.Civil: Ignorado		
G. Instrução: Não informado			
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 177383	Entrada: 16/06/2017 11:07:42	Convênio: S S S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Síntoma de Apresentação:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intoxicação por trauma	MMSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
História Clínica Resposta: PACIENTE EM TRATAMENTO COM TRAUMA EM MÃO DA 1 DIA; NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA			JOÃO PAULO DE SOUSA MENDES COREN PI 211.954 Em: 16/06/2017 11:15:27
SEXO: (Hora:)		Ass. Profissional Clas. Risco:	

Peso: 6,00 Kg	Altura: 0,60 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0 bpm	Pressão: 0 mmHg
---------------	----------------	-----------------	--------------	-----------------

EXAMES CLÍNICOS:

PACIENTE TEVE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA E APRESENTA FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO
EM TRATAMENTO PARA CIPURGIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

Fratura da extremidade distal do radio

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Luís Henrique Vasconcelos Reis - TEL DU
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105196193-2 Mat. 14495-8

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ALTA DO PACIENTE

DATA: / /

HORA: /

Dr. Tércio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3824



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Conferir com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.
Em, 06/11/17

Setor do Arquivo Técnico do HPMP

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMP
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE:

José Oliveira C. Filho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

258163

Obs: Não fornecemos 2ª via.

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMP
RG: 105198193-2 Mat. 14435-9

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria do Estado

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR

3 - Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL POLICIA MILITAR

AIH : 221710134358-9

UNI : HOSPITAL DA POLICIA - DIRCEU

JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

Orgão Emissor: H221100001

NASCIMENTO

29/05/1986

D.LIBERA: 29/06/2017

DE LAUDO: 16/06/2017

PROCED.: 0408020407 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE

OP. STGT: FRANCISCO

CID : S525

endimento

378005

MAGGOS GOMES
Assessor de Saúde
CRM: 11.911.103-2
RG: 30383397124000

5 - Nome: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

6 - Prontuário: 258163

7 - CNS: 702709625824760

8 - Nascimento: 29/05/1986 02:00: 9 - Sexo: M CPF: 035.998.913-08

11 - Mãe: ANTONIA AURISNEIDE OLIVEIRA GOMES

12 - Fone: 86-9.99374192

13 - Resp: LOURDES NAIRARA NUNES DE SOUSA

14 - Cor: PARDA

15 - Ender: RAIMUNDO PORTELA DE 47 A 50 0

PROMORAR 19 - CEP: 64027-120

16 - Munic: TERESINA

17 - Cod. IBGE: 221100 18 - UF: PI RG: 51337-418

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Fratura no punho da mão esquerda.

21 - Condições que justificam a internação:

Análise

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Rx punho D, A, P, L

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S525

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

Fratura do rádio do lado D

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020407

Tempo SUS

29 - Clínica:

POSTO I

30 - Caracter.: 02

Ident.: 1

31 - Documento: CPF

32 Doc. Med. Solic.

16778899841

33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

16/06/2017

35 - Ass. Carimbo Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilieta.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE, Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Vár. Segurado.

46 - Nome do Profissional Autorizador

Autorização

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEI-PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPPI-PI
RG: 105198193-2 Mat. 144959

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: RAIMUNDA NACIMEN
Consulta Local:
Consulta SUS:



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

FICHA DE PRONTUÁRIO

16/08/2017

Pront.: 253163

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

Nome: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

Nasc.: 29/05/1988 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Atendimento: 378005

Enfermaria: POSTO I

ENF 120 LEITO

Leito: 120

Pai: JOSE VIEIRA GOMES

Mãe: ANTONIA AURISNEIDE OLIVEIRA GOMES

RG: 55337418

Residência:

RAIMUNDO PORTELA DE 47 A 60
Nr.: 0
Cap: 8402/120

Bairro: PROMORAR
Cidade: TERESINA
Telefone: 86 - 999374192

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Tranquila em relação @ com dor, aderindo exames.
Este é um paciente funcional

DIAGNÓSTICO

Provisório:

Fratura do osso distal @

CID 5525

CID

Principal:

Procedimento: Fratura do osso distal @

Sintomas e Sinais Principais

Dor, aderindo, hiperemia da pele
em relação @

Causa Médica

Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☒ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

Terapêutica Médica

Fratura do osso
distal @

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☒ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data de Alta:

20/06/17

Data/Hora de Internação
16/08/2017 13:08:25

Luís Henrique Vasconcelos
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 10519819-2 Matr. 11159

Data de Hospitalização
1/1

ALTA

Saída

- ☐ Curado
☒ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

Transferência

- ☐ Fisioterapia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

Óbito

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE 29/06/17

Assinatura:

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

PI CORRETOR
DE SEGUROS

30 JAN 2019

DPVAT

DN 19.05.88



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

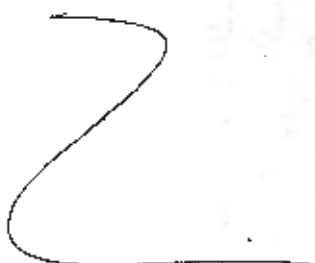


BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 19 / Junho / 2017
Nº DO PRONTUÁRIO 258.163 SALA 122
CÓD DA CIRURGIA: 408020404

Descrição da Cirurgia:

Paciente em posição dorsal no centro cirúrgico. Anestesia geral. Manobra de redução imediata de fratura de fratura da náda distal. Fixação percutânea de fratura náda distal com fio de Kirschner e controle radiológico. Curativo madeira. Toda zona da orelha - pulmão suso.



[Signature]
Dr. Ronaldo
2017

[Signature]
Luís Henrique Vasconcelos R. da 1ª TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM 24
RG: 105192193-2 Mx 14495-9

Cirurgia:	Redução e fixação de fratura náda distal
Cirurgião:	Dr. Ronaldo
1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	
3º Auxiliar:	
Instrumentador:	Almida
Circulante:	Perigo / Pelli



PEDIDO: 57189
PACIENTE: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO
NOME DA MÃE: ANTONIA AURISNEIDE OLIVEIRA GOMES
DATA DO NASCIMENTO: 29/05/1988
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 20/06/2017
DATA DO LAUDO: 05/07/2017
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO EM DUAS INCIDENCIAS

Fratura oblíqua localizada na região metafisária distal do rádio, com fio de fixação metálica.

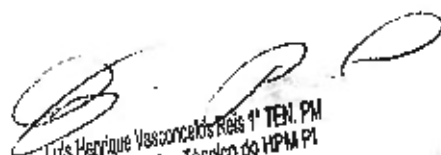
Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura oblíqua localizada na região metafisária distal do rádio, com fio de fixação metálica.

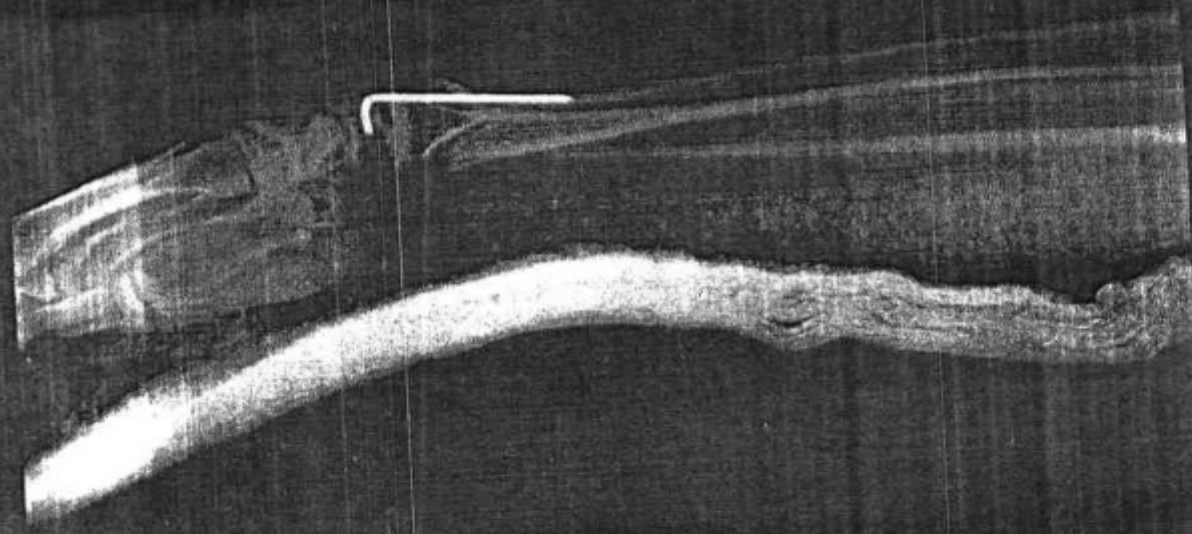
Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

OBS.: Tala gessada, prejudicando a adequada avaliação óssea.


Luis Henrique Vassconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMP
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9


Dr. Liege de Sampaio
Médica
CRM-PI 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173



DIR

58.3%

58.3%



JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

29/05/1988

70168

15/08/2017 12:41

CEIR
CENTRO INTEGRADO
DE REABILITAÇÃO

AV. PIERINO CUNHA, 515 - JIJOTAS - TELEFONE: (85) 3196-1500

COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS
CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR

CLIENTE...:70168 JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO
IDADE.....:29 anos
MÉDICO:FERDINAND FREITAS
SEXO.....:Masculino

CNS: 702709625824760
REQ: 95158
DATA EXAME: 15/08/2017
CONVÊNIO: SUS

RX DO PUNHO DIREITO.

ACHADOS:

Fratura completa em consolidação na região metafisária distal do rádio com fio metálico de osteossíntese.
Interlinhas e superfícies articulares: integras.
Presença de imobilização gessada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Fratura completa em consolidação na região metafisária distal do rádio com fio metálico de osteossíntese.
- Presença de imobilização gessada.



CENTRO IMAGEM
MEDICINA DIAGNÓSTICA

Cliente: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO
Convênio: PREFEITURA DE AGRICOLÂNDIA
Solicitante: Dr(a) NÃO INFORMADO
Idade: 29 anos
Código: 040984.01
Data: 18/08/2017 12:31

RX DO PUNHO DIREITO (02 INC)

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

Controle de fratura completa, em consolidação, na metáfise distal do rádio, reduzida e fixada com fio metálico bem posicionado.

Restante da estrutura óssea: com densidade e textura normais.

Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.

Partes moles sem alterações radiológicas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura completa, em consolidação, na metáfise distal do rádio, fixada com fio metálico.

Obs: Tala gessada.


DR. LUCAS FONSECA MAIA
CRM: 3545-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / CNH EMISSOR: 1551371 RPP RJ

CPF: 849.394.433-53 DATA NASCIMENTO: 20/07/1977

PLACAO: JOSE NISSEAS DA SILVA

MARIA CAROLITA DE SOUSA

PERMISSÃO: PERMISSÃO

ACC: B

CT/98: B

RECURSO: 06983294635

VIGENCIA: 03/01/2018

CONVALIDACAO: 04/01/2018

CONDIÇÕES

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL: FARRASIMA, RJ

DATA DE EMISSÃO: 04/01/2018

1554703040

PIAUI

33 CORRETORA
DE SEGUROS

30 JAN 2019

DIPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN, PI 70201/0174111 Nº 013030613339
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2018

1 250406381
KAIO KELVIN PINTO CAVALCANTE

06695934355

NID-1924

9C2JC4110AR074104

PAS/MOTOCICLO/NEUUMA

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KB

ANO FAB 2010

002P/124CC

CATEGORIA
PARTIO

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA UNICA

VENIO COTA UNICA

VENIO COTAS
1ª IPVA

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO COTAS

2ª PABO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IPVA

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRIÇÕES

TERESINA

DATA
11/4/2018

MARCO MARTINS DO REGO LOPES
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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 013030613339 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2018 11/4/2018

06695934355

NID-1924

250406381

HONDA/CG 125 FAN KB

2010

09

9C2JC4110AR074104

PRÊMIO TARIFÁRIO

81,28

9,03

90,31

4,15

0,70

185,50

X COTA UNICA

PARCELADO

04/04/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 00.248.000.000/04

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
30 JAN 2019
DPVAT