

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

*Antônio Manoel da Silva Santos*

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião	<i>Dr. Jamerson Ortópedico / Traumatologista L. Ribeiro CRM-PB: 3678</i>	1º Assistente
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Ínicio	Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



### Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) paciente em dclb bs vaginais feita
- 2) histeroscopy + assessoramento de campo cir
- 3) curva lateral, medial 11
- 4) rinsos por planos
- 5) medusas avulsas e colocadas de luxado + osteosynthes com molas e largas curvass hinc

*Dr. Jamerson J. de L. Ribeiro  
Ortopedico / Traumatologista  
CRM-PB: 3678  
TEOT - 11000*



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

**Fundação Municipal de Saúde**

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27/05/18

Rubrica \_\_\_\_\_

### FIGURE 11

NOME DO PACIENTE:	<u>Antônio Honório da Silva Soárez</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>471539</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIAO:	<u>Dr. Jamerson H. de L. Pinho</u> <u>CRM-SP 387</u>	CPF N°:	
AUXILIAR:	<u>TIEDT - 11054</u>	CPF N°:	
ANESTESIA:		CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<u>R. V. S. A.</u>	CPF N°:	

#### MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA N° 7-2610	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA N° 7-10	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVP1 DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	04		PVP1 TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVP1 TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	15-		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO N°	UNID.	02		<i>Cas. POGGIO RETORNA DESEGUROS</i>			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>02 JAN 2018</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Dr. Júnior - Júnior Ortopedia e Traumatologia Centro de L. Júnior TEST - JÚNIOR</i>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<i>PPVAT</i>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<i>Centro de L. Júnior TEST - JÚNIOR</i>			
ALCOFIL				<i>ENFERMARIA:</i>			
MONONYLON		05		<i>CIRCULANTE:</i>			
FITA UMBILICAL				<i>Azevedo</i>			
VICRYL		03					
PROLENE							



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**

**Fundação Municipal de Saúde**

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 18/08/13

NOME DO PACIENTE:	<u>Antônio Henrique da PRONTUÁRIO N°: 477539</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	ANESTESIA: <u>Roxana</u> N° DA SALA: <u>01</u>
CIRURGIAO:	<u>Chapéu</u> CPF N°:
AUXILIAR:	<u>Dra. Duda</u> ATENÇÃO: <u>ORTOPEDICO</u> CPF N°:
ANESTESIA:	ANESTESIA: <u>Ortopedico</u> CPF N°: 43636
INSTRUMENTADORA:	INSTRUMENTADORA: <u>Silvana</u> CPF N°:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	-
AGULHA 30X8	UNID.	01	-	LUVA N°	PAR	01	-
AGULHA 40X12	UNID.	01	-	LUVA N°	PAR	01	-
AGULHA RAQUE	UNID.	01	-	LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	-
ALCOOL 70%	ML	900	-	PVPI DE GERMANTE	ML	900	-
ALGODÃO	BOLA	-	-	PVPI TÓPICO	ML	900	-
ÁGUA OXIGENADA	ML	-	-	PVPI TINTURA	ML	-	-
COMPRESSA	PAC.	02	-	SERINGA 20CC	UNID.	-	-
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-	-	SERINGA 10CC	UNID.	01	-
ESPARADRAPO	CM	60	-	SERINGA 5CC	UNID.	-	-
ESCALPE N°	UNID.	-	-	SERINGA 3CC	UNID.	-	-
FORMOL	ML	-	-	SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	-
GASES	PAC.	01	-	SONDA URETRAL	UNID.	-	-
JELCO N°	UNID.	-	-	etilico do 01 mdc			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				linha 6J: 01			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Padrão de			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				cepão: 02			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMÁRIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				Setor:			

PR CORRETORA  
DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Autoras</i> <i>Homem de 24 anos</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura T7-T8 TBKA</i>		
Operação - Tipo <i>Junto</i> <i>67724</i> <i>Durval Ferreira Nunes Leal</i>		
Cirurgião <i>Dr. Cunha</i>	1º Assistente <i>ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA</i> <i>CRM-PI 1995 CRM-MA 3636</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Ínicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Fratura T7-T8 TBKA</i>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação  
*VO*

*John G. Smith*

**Descrição da Operação**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Pré-ope 03 acidentes teto ex*  
+ *Assistente fez 2 coagulações*  
*autoras juntas teto ex*  
*retas abertas e fechadas*  
*centro*

*Durval Ferreira Nunes Leal*  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

*AB*



**FICHA DE ANESTESIA**

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON RODRIGUES  
SERVIÇO DE ANESTESIA**

Name: \_\_\_\_\_

3

*Georgia:*

Date \_\_\_\_\_

Antonio Henriquez  
Procedimento:

Cinemat

Dr Bha g

Chayavac

Acesso Vascular

~~Ex Periférico~~ Prédio Perito

Cat. Venoso nº 6

- o Dificuldade aces. venoso  
Gastos \_\_ cateteres
  - o Fental

Via Aérea

### Cateter nasal

- 28 Lataren nro.         
♀ ID:nro.         
♂ LMA:nro.

### **Monitorização:**

 Cardioscopla

- PANI
  - Oxímetro de pulso
  - ETCO<sub>2</sub>
  - Outros

Anesthesia:

- c Geral Venosa
  - c Geral Balanceada
  - c Raquianestesia
  - c Peridural
  - c Bloqueio Periférico
  - c Outros

Desarrollo Social 24

SPO2 (%)	100	100	100
ETCO2 (mmHg)			
Aces. Venoso	5L		
Aces. Venoso	5W		
Diurese			
Pérdida Sanguínea			

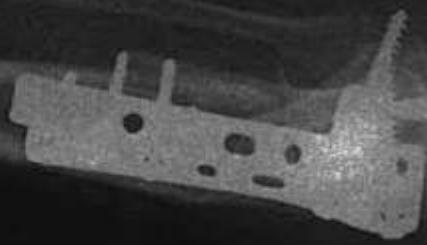
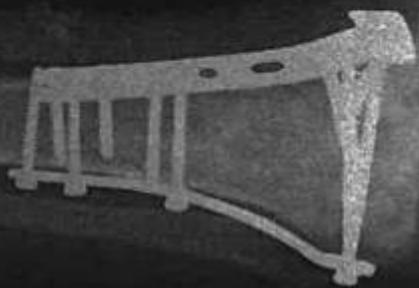
#### **Descrição da Anestesia:**

Monitorizado + Relato da Venodilatação e Ragiocineses tóxicas acceptadas. Sobre o lado Palpar com 4/45  
 Puncão SBD, unica er. Quinze 276. Retorno de líquido cloro. Feito  
 epibiocaina Resende 12,3 + Nafipirox 0,5

Daniela Dopes  
Assistente Social  
CRM: 1014  
Psicóloga

125 (13)

125 (13)  
125 (13)  
125 (13)



E  
PERFIL



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANESTESIA

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <i>Antônio Henrique de Siqueira</i>	Prontuário:	Data: <i>16/08/11</i>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <i>42</i>	Peso: <i>790</i>
Altura:		
Procedimento(s) proposto(s): <i>Hocolageo FG - MJ E</i>	Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

ANAMNESE

1 - Patologias cardíocirculatórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
7 - Uso da medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
8 - Alergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não

*Paciente vítima de acidente de moto, Indicado cirurgia de urgência p/ colo-  
cação de fixador externo*

EXAME FÍSICO

PA: <i>130/80</i>	P脉: <i>70</i> <input type="checkbox"/> arrítmico	Mallampati: <i>(1)</i> <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4)
1. Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:
2. Cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:
3. Neurológico	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:
4. Abdome	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:
5. Vias aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> Possível VAD	
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Alterado: <i>Fratura Molar Superior</i>

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	
ECG:		RX Tórax

ECO:

*Paciente ax-1, Cirurgia dada aviso - não necessaria exame*

ASA: *1* Anestesia proposta:  Geral  Outro: *Rágua anestésica / Sedativo*

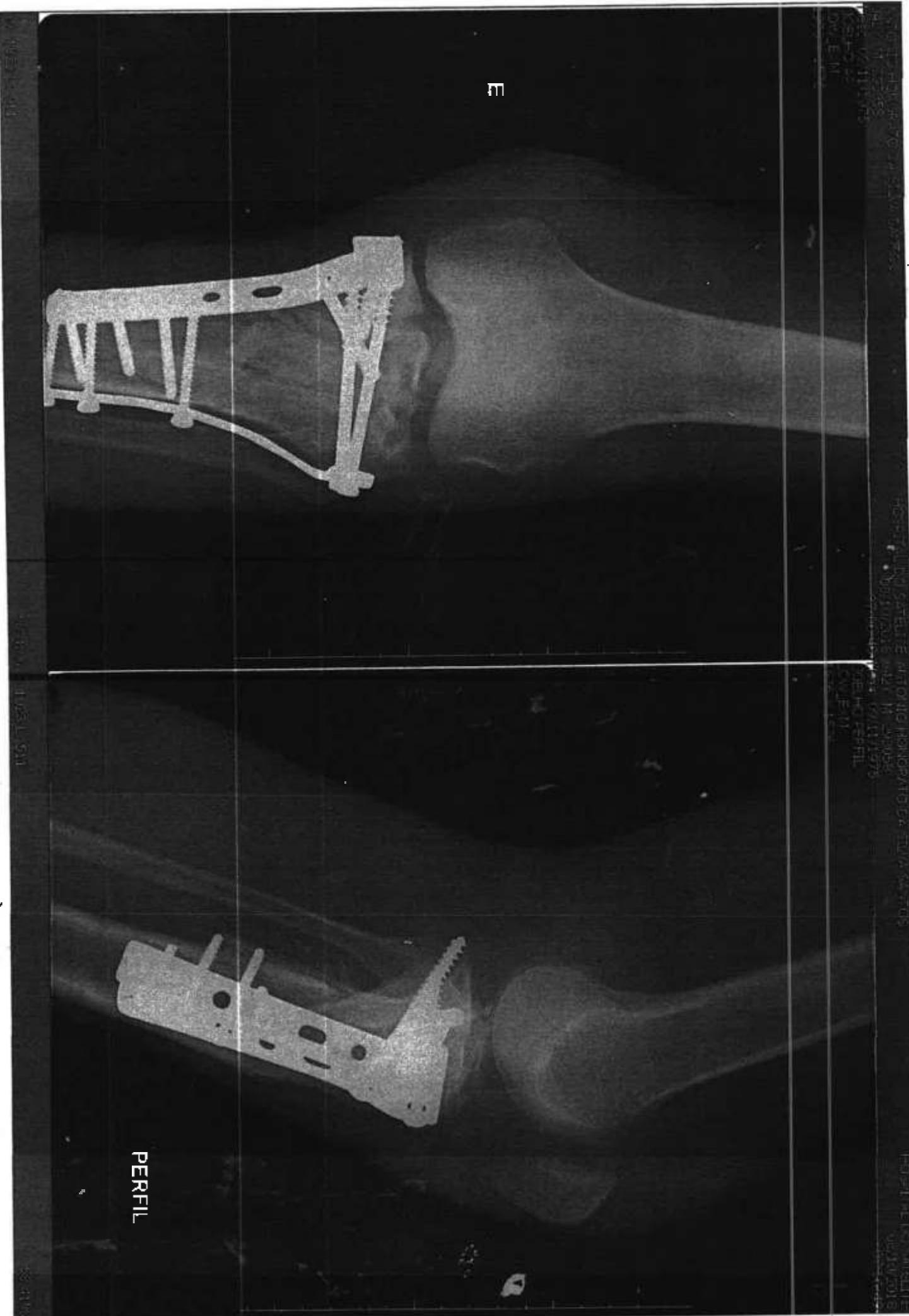
OBSERVAÇÃO DE CRPA:

*CONFIRMO CONFERENCIAL*

Anestesiologista:

CRM:

*Daniela Bopp  
Anestesiologista  
CREMER/PI/114*



# C.O.B

CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

## Clinica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires

Fones. (86) 3214-1600 / 3214-1314 · CEP 64.009-330 - Teresina-PI

E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 17/08/2018  
BO=100203.003716/2018-64

HD FRATURA DE PLANALTO TIBIAL E

FEITO OSTE OSSINTSE DE FRATURA DO  
PLANALTO TIBIAL E

EF DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO E  
F DE 70 GRAUS

RX JOELHO E = CONTROLE DE FRAT DE PLANALTO  
TIBIAL E COM SINTSE

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA  
COM PERDA DE 50 % EM JOELHO E

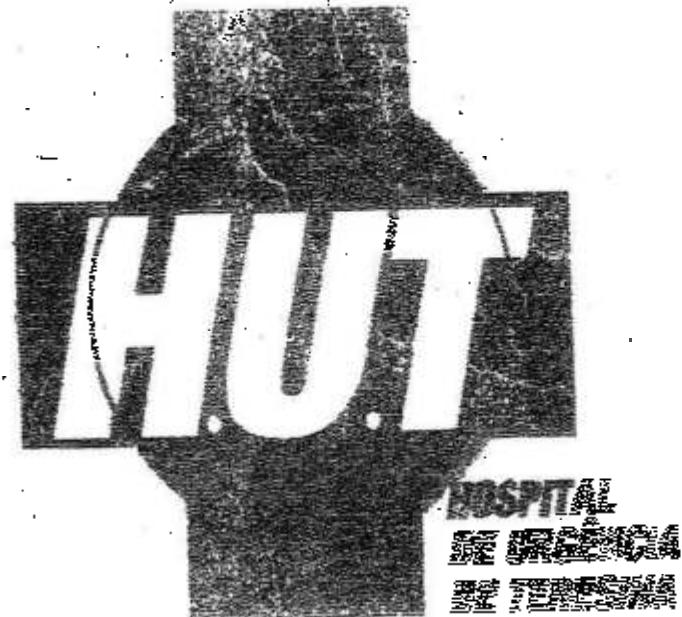


Dr. Edmar de S. L. Junior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2313 / CRM-M 3232

Dr. Edmar de S Lima Junior  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 2313 PI

Teresina 27 de Fevereiro de 2019

28/08/18 Alta



NOME DO PACIENTE: Antônio Honório da Silva Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 471539

UJ CORRETORA  
DE SEGUROS

22 NOV 2018

DPVAT

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

Alta

ORTO

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Olho Tito 1920 - Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.592.917/0022-02

Imp: 17/08/2018 19:20:40

User: VILLBI

(Entidade: RECEPC/UCI)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS		<u>Prontuário:</u> 471539
<u>Mae:</u>	RAIMUNDA DA SILVA SANTOS	<u>Pai:</u> RAIMUNDO HONORATO DE S SANTOS
<u>End.Resid.:</u>	RUA ST JUANAS, 4741 - SAO JOAQUIM - TERESINA - PT - CEP: 64000-010	
<u>Nascimento:</u>	09/11/1975	<u>Idade:</u> 42a9m0d
<u>Responsável:</u>	ALESSANDRA	
<u>Profissão:</u>	MOTOTAXISTA	
<u>G. Instrução:</u>	Não informado	
<u>End.Local.:</u>	- - -	

## DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 679842	<u>Data:</u> 17/08/2018 19:18:12	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOR)		<u>Convênio:</u> S D S
<u>Acid.Trab.:</u> Sim	<u>Trajeto:</u> Sim	<u>Tipico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u> 7299

## DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclistico há cerca de 1,5h. Rebre uso de círculo. Nega consumo de bebida alcoólica, perda de conscientia, não responde a estímulos. Aferidor intenso em janela 6.

(A) V4 pior, com calarca branca rígida (B) MV+ / sem RA, SatO<sub>2</sub>=95% (C) R2T, BNP SS; abdome inquieto; pele seca (D) ECG = 15; pupilas irregulares e fotonegativas (E) sem fôlego hemorrágicas visíveis

MJ CORRETOS  
SEGUROS

PA: \_\_\_\_\_ mmHg | P脉: \_\_\_\_\_ | FC: \_\_\_\_\_ bpm | Temp.: 37,2 NOV 2018

Diagnóstico Inicial:

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- (1) Solicita RX de torax e joelha 6 - parcer ORTO
- (2) Solicita 2x de torax estetica
- (3) Colar cervical, retinada

RAIO X

DATA: 11/08/2018

Técnico:

<u>ALTA:</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativo	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input checked="" type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input checked="" type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA:</u> _____ / _____ / _____
	<input checked="" type="checkbox"/> A Pedido		<u>HORA:</u> _____ : _____

<u>ÓBITO:</u>	<input type="checkbox"/> Até 24 hs	<input type="checkbox"/> DESTINO:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs		<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado: 04/080 5055
	<input type="checkbox"/> Após 48 hs		<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>FECHA:</u> 18/08/2018
				<u>CID Compatível:</u> _____

Eduardo Regis de A. Bonfim  
 Prof. de Medicina e Traumatologista  
 CRM-PI 12418  
 CRM-PI 1748  
 CRF-PI 1100

Assinatura Paciente ou Responsável:

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Olígio Tito 1320 - Redenção - Fone: 86 3216 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 17/09/2018 19:18:40  
(YCLLE)

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS		Prontuário: 471539
Mãe: RAINHOURA DA SILVA SANTOS	Pai: RAIMUNDO MONACO DF E SANTOS	
End. Resid.: RUA FILIPINAS, 4741 - SÃO JOAQUIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 09/11/1975	Idade: 42a9m8d	Sexo: Masculino Fone: 86-99491-1475
Responsável: ALESSANDRA	CNS: 709003047950612	
Profissão: MOTOTAXISTA	Documento: CPF: - - -	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 679842	Data: 17/09/2018 19:18:12	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S O S

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 17/09/18 : : ESPECIALISTA: Ortopedista
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Acidente motociclista - Fratura no joelho (L) Fratura no joelho (R) / Crânio
Carimbo/Assinatura Prof. Solicitante: Eduardo Regis de Almeida Miranda Ortopedista e Traumatologista CRM-PB 4836 TEST: 12410 RM-PI 4836 Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: 22 NOV 2018

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / : : ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:
Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

# **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

centro cirúrgico

**Nome do Paciente**

iente Antonio Planalto de Souza Santos

### Diagnóstico pré-operatório

### Operação - Tipo

គិតថ្លែង

~~Dr. Jameson L. Jimmerson  
Orthopaedics / Traumatology  
C-14-213878 / D-14-213878  
Anesthesia  
2004~~

1º Assistente

20 Astlelande

3º Assistente

[notas complementares]

AnGelina.info

Anaglyph

$$B = -\pi k \left( \frac{c}{2} - 1 \right) = -k - 3$$

Pato do Comerçante

Início

5

#### Diagnóstico Pós-operatório

## Relatório Imediato do Patologista

#### **Acidente Durante a Operação**

## **DESCRICA DA OPERAAO**

#### **DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

(Técnica, Ligadura, Suturas, Preenchimento, Fechamento)

1) Igualante en ddy los reservas para  
2) Pribisegor y Rsg-18 -> Alcanzó  
de Campeón Cis  
3) Fueron laterales, medial 15 cm  
Cada  
4) Diversos por planos  
5) Reducción anatómica e colocación  
de luxado + Osteomartillaje con  
globo y agarre  
Curvajes hotan

~~Dr. Jürgen von de L. Jürgen  
Orthopädie Traumatologie  
CRM-Pflege TEOT - 1100~~



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 27/08/18

NOME DO PACIENTE:	Antônio Honório da Silveira Sá 471539	
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 05	
CIRURGIAO:	CPF Nº:	
AUXILIAR:	CPF Nº:	
ANESTESIA:	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7 e 610	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 715	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	15		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	02		Cápsula		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Dr. Júnior Sá M. de L. Junior Ortopedia / Traumatologia QD: 20318 TE27 - 11084</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				CONFERIDA			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				CONFERIDA			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				CONFERIDA			
ALCOFIL				CONFERIDA			
MONONYLON		05		CONFERIDA			
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		03		CIRCULANTE: Te Azevedo			
PROLENE							



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 18/08/93

NOME DO PACIENTE:	<u>Antônio Henrique da Silva</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>471539</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	<u>Roxana</u>	Nº DA SALA:	<u>01</u>
CIRURGIAO:	<u>Chaves</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>Durval Lacerda</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>ORTOPEDICO</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Sandra</u>	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	—	—	LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	—
AGULHA 30X8	UNID.	01	—	LUVA Nº 7,5	PAR	01	—
AGULHA 40X12	UNID.	01	—	LUVA Nº 8,0	PAR	01	—
AGULHA RAQUE	UNID.	01	—	LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	—
ALCOOL 70%	ML	900	—	PVPI DE GERMANTE	ML	900	—
ALGODÃO	BOLA	—	—	PVPI TÓPICO	ML	900	—
ÁGUA OXIGENADA	ML	—	—	PVPI TINTURA	ML	—	—
COMPRESSA	PAC.	02	—	SERINGA 20CC	UNID.	—	—
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—	—	SERINGA 10CC	UNID.	01	—
ESPARADRAPO	CM	60	—	SERINGA 5CC	UNID.	—	—
ESCALPE N°	UNID.	—	—	SERINGA 3CC	UNID.	—	—
FORMOL	ML	—	—	SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	—
GASES	PAC.	01	—	SONDA URETRAL	UNID.	—	—
JELCO N°	UNID.	—	—	etilico do 01 ml	—	—	—
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				linha 6J: 01			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Padre de			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				cepso 02			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				CONFERIR ENFERMARIA			
VICRYL				CIRCULANTE			
PROLENF				Reserve			



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANESTESIA

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Antônio Henrique de Siqueira</u>		Prontuário:	Data: <u>16/08/11</u>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <u>42</u>	Peso: <u>790</u>	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <u>Hocolapso FG - HJE</u>		Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <i>Fratura Membra Superior - 9/5/04</i>
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
8 - Alergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não

*Paciente vítima de acidente de moto, Indicado cirurgia de urgência plâstica da Fixação Externa*

EXAME FÍSICO

PA: <u>130/80</u>	P脉: <u>70</u> <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: <u>(1)</u> <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4)
1. Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
2. Cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
3. Neurológico	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
4. Abdome	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
5. Vias aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> Possível VAD	
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterado: <i>Fractura MTE</i>	

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Uréia		
HT	TTPe	Creatinina		
Plaquetas	Glicemia	RX Tórax		

ECG:

ECO:

*Paciente age 2, Cirurgia Dártro cravo - não necessaria sedação*

ASA: 1

Anestesia proposta:  Geral

Outro:

*Raqueia rígida - sedação*

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

CRM:

*Daniela Soares*  
Anestesiologista  
CRM-PI 0144



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Autorun</i> <i>Homem de 21 anos</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura T7-T8 TBKA</i>		
Operação - Tipo <i>Já feita</i>	<i>Ortopedia</i>	Durval Ferreira Nunes Leal
Cirurgião <i>Dr. Caltors</i>	1º Assistente <i>DR. FERREIRA</i>	ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1965 CRM-MA 3636
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Já feita</i> <i>Fratura T7-T8</i> <i>Fractura de joelhos</i>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação *Voo*

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Prótese de acetabulo T7-T8*  
+ *Assistente vestiu colete*  
*União, já feita T7-T8*  
*retirado prótese de joelhos*  
*centro*

Durval Ferreira Nunes Leal  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 1965 CRM-MA 3636



## FICHA DE ANESTESIA

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENÓN ROCHA  
SERVIÇO DE ANESTESIA**

Name: John Doe

Page: 8

angle:

*W. Stach*

Antonio Henriquez  
Procedimento:  
Indoasces fe

Clínica:

Dr. Bhagwati

**Observações:**

Accesso Vascular

- Periférico Pratic Período  
Cat. Venoso nº    G  
 Dificuldade aces. venosa  
Gastos    cateteres  
 Central    .

VIA AÉREA

- Cateter nasal  
 IOT n° \_\_\_\_\_  
 LMA n° \_\_\_\_\_

#### **Monitorização:**

- Cardioscopia
  - PANI
  - Oxímetro de pulso
  - ETCO<sub>2</sub>
  - Outros

## **Appendix:**

- Geral Vendida
  - Geral Balanceada
  - Raquelanestésia
  - Peridural
  - Bloqueio Periférico
  - Outros

Decálogo: ~~2010-2011~~ 2011

SPO2 (%)	100	100	100
ETCO2 (mmHg)			
Aces. Venoso	51		
Aces. Venoso	51		
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

#### **Descrição da Anestesia:**

Monitorização + Revisão de Venoclise + Raquianestesia exceptiva S/G+exsoft Palpares 4/45  
Puncão SGA, unica e/2 (unid) 27G. Retorno de líquido cloro. Feito  
Supibacano Resende 12,3 + Nafipirog 0,9

Daniela Soares  
Anestesiologista

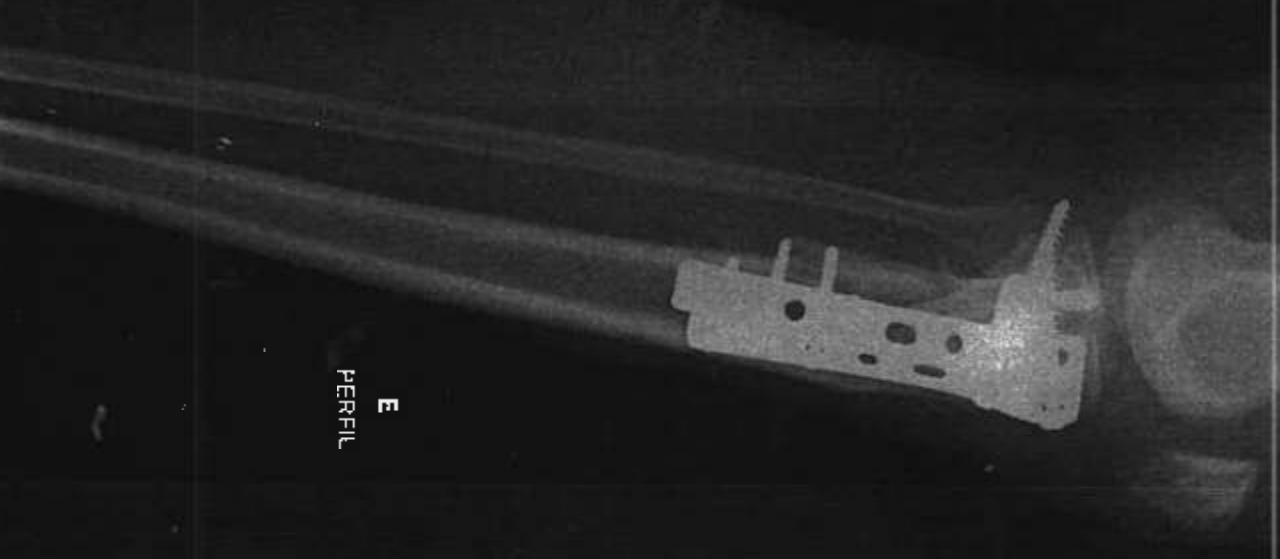
LIGAMENTO ANTERIOR Y LATERALIZADOS

HUESO MASTOIDICO

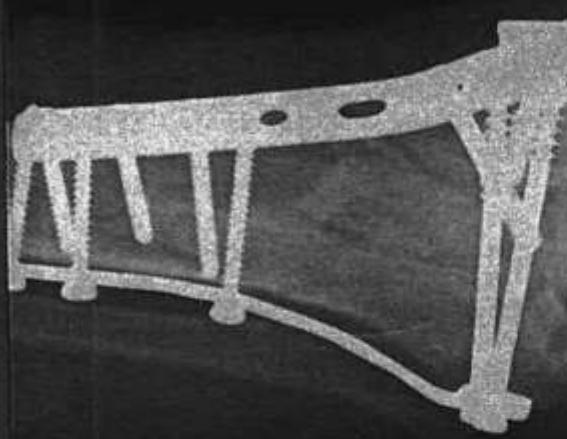
100%  
140%



E  
PERFIL



11



PERFIL

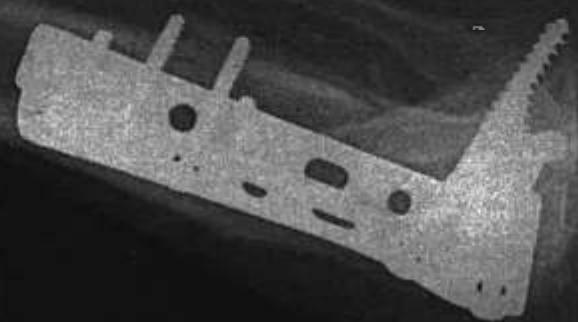


FOTO: HENRY GUTTMAN  
ESTUDIO: GUTTMAN  
DIRECCION: GUTTMAN  
PROPS: GUTTMAN  
MUSICA: GUTTMAN  
TELÉFONO: 520-1305  
CALLE: 12 #1175  
SABAH PERIL  
LUGAR: GUTTMAN  
FOTO: GUTTMAN

PERFIL



Dados do Chamado	01 Nº de chamado <b>2334</b>	02 Data do chamado <b>17/08/18</b>	03 PRO (código) <b>02092</b>	04 Saída do PA <b>18:35</b>	05 Chegada ao local <b>18:45</b>				
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>19:00</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>19:12</b>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital					
Dados do Paciente	10 Endereço <b>Rua MARTINHO</b>	11 Bairro <b>MARTINHO</b>	12 Município-UF <b>Teresina - PI</b>	Código BGE					
Type Ocorrência	13 Ponto de referência <b>PONTE MCTACICOF</b>								
Acidente de Transporte	14 Nome <b>Antônio Honorato dos Santos</b>	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado							
Exame Físico	16 Idade <b>42</b>	1- Dia 2- Mês 3- Ano 9- Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim    2- Não    9- Ignorado	PJ CORRETORA DE SEGUROS 12 NOV 2018				
Assistência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	17 - Já removido 18 - Falso chamado	12 NOV 2018			
Hospital de Destino	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    Airbag Cinto de segurança Assento para criança	23 Glasgow = <b>15</b>	RESPOSTA VERBAL 4- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso    Resp.    PA    TAX.    SatO2 <b>78</b> <b>15x7m</b> <b>98</b> <b>98</b> <b>98</b>	25 Local da lesão
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1- Igualas    2- Desiguais	27 Pulso Radial    Central 1- Cheno    2- Fino    3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim    2- Não	29 Dor <b>8</b>	30 Fratura 1- Sim    2- Exposta    3- Fechada <b>notável e fraturada.</b>	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0- Sem Dor    3- Leve    6- Moderada    9- Intensa    10	<b>HVT</b>		
	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração    Prancha longa/curta Oxigênio    Colar cervical Curativos    Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemias Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)						
	32 Hospital de Destino <b>HVT</b>							Não Removido	
	33 Condições de entrada 1-Melhorado    2-Piorando    3-Inalterado <b>3</b>	34 Óbito 1-Sim    2-Não <b>2</b>	Antes do socorro    Antes do transporte    Durante o transporte						
	<i>Vitima apresenta lesão motora referente a ferida aberta na mão direita, provavel fratura de um dedo, com conserto, orientado para a urgência, suspeita de lesão no local da ocorrência.</i>								
	Socorristas Médico AEITE Responsável pela recepção <b>Jorge TCS4890</b>	Enfermeiro Condutor <b>Roberto Mery</b>							

**ÁGUAS DE  
CG TERESINA**

CNPJ 27157474000106 - IE 1859635574  
Av. Odilon Araújo, 1035, Picanco - CEP 64017-260, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 32124-3199

DC 1.07  
02/09/2018 12181179-5 NÚMERO 153188247  
02/09/2018 Mês/Ano 10/2018

MORADA/ENDEREÇO

MORADOR: RAIMUNDA DA SILVA SANTOS  
PROPRIETÁRIO: ANTONIA CLEUDINAR SILVA SANTOS  
RUA FILIPINAS, 4741-SAO JOAQUIM-TERESINA-PI-cep: 64008340

LOCALIZAÇÃO

017-00063-002785

GRUPO

017

NÚMERO DO HIDROMÉTRICO  
A14N298340

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES / ANO	TIPO	LÍDO	FATURADO
08-2010	Lído	11	
09-2010	Prêmio	99	
09-2010	Lído	15	
09-2010	Lído	14	
09-2010	Lído	14	

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA  
1 Residencial - Normal

DATA

ANTERIOR 24/09/2018 375

LEITURA

CONSUMO MÊS ANO

10

LEITURA

PEL. PASEP 27.47X1.65% = 0,45  
COMIS 27.47X1.65% = 2,09

ATUAL 26/10/2018 384

TABELA DE TABLAS

RESIDENCIAL

MÁSCA DE CONSUMO (RS/M3) 00

0 10 2.651,00 00

10 29 4.948,00 00

20 59 9.995,00 00

VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51

> Residencial-Normal

JUROS POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

REF. VALOR

10,0000 26,51

08/2018 0,43

08/2018 0,43

08/2018 0,51

NOTA RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO RS/M3 F00

07/11/2018

TOTAL A PAGAR

27,47

DEVEDORES / ANORMALIDADES

AVERTIMENTO

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.  
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

22 NOV 2018

DPVAT

NOTIFICAÇÃO

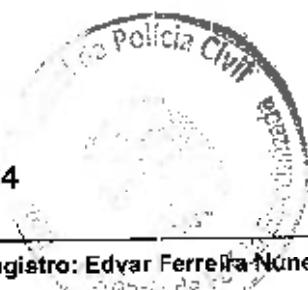
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento dessa fatura ocasionará a suspensão dos serviços.  
Conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.007/95, Art. 6º, §2º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (BRCA MP 5, 26 DE SETEMBRO DE 2011, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRA REALIZADA	AMOSTRA EM CONFORMIDADE	AMOSTRA EM INCORPORADAS	MÉDIA MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORÍO LIVRE	3.120	3.114	6	1,37	0,20-5,00 mg/L
POC APARENTE	3.072	3.032	48	5,94	Inferior a 15,00
pH	3.096	3.039	57	6,87	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.122	3.096	26	1,84	Inferior a 5,00



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003716/2018-64



Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 23/10/2018 - 12:42

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

17/08/2018 - 18:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

MATINHA

TERESINA

Endereço

AV. MARANHÃO, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2056256SSPPI

Mae: RAIMUNDA D SILVA SANTOS

Endereço: RUA FILIPINAS, Nº 4741

Bairro: SÃO JOAQUIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9439-2261

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VITIMA, RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA, BROS ESD, COR PRETA, PLACA OHE-2113, ANO 2012/2012, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO-II MOTO, NÃO IDENTIFICADA, QUE EVADIU-SE DO LOCAL, COLIDIU NO VEÍCULO-I, QUE MOTIVOU O ACIDENTE. NOTICIANTE/VITIMA, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº471539. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576  
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



# 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:
	890039953.00	Antônio Honorato da Silva Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF: 890039953.00
Profissão: RECESSO-UR	Eereço: Rua - Jardim das	Número: 474 Complemento: Esq
Bairro: São Joaquim	Cidade: Teresina	Estado: PI CEP: 64008340
E-mail:	Tel. (DDD): 86-98953-9581	

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

## DADOS CADASTRAIS

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$10.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2009 CONTA: 68616 Dígito: 5  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: CONTA: Dígito: 5  
 (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/tecnobalço 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.

2 NOV 2010

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

Local e Data: Teresina - 22/11/18  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\* ) Assinatura de quem assina A RÔGIO  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGIO, 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.

# 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:
	890039953.00	Antônio Honorato da Silva Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF: 890039953.00
Profissão: RECESSO-UR	Eereço: Rua - Jardim das	Número: 474 Complemento: Esq
Bairro: São Joaquim	Cidade: Teresina	Estado: PI CEP: 64008340
E-mail:	Tel. (DDD): 86-98953-9581	

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

#### DADOS CADASTRAIS

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$10.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2009 CONTA: 68616 Dígito: 5  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: CONTA: Dígito: 5  
 (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/tecnobalço 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.

2 NOV 2010

#### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

Local e Data: Teresina - 22/11/18  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\* ) Assinatura de quem assina A RÔGIO  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGIO, 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.

---

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019

Aos Cuidados de: **ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180548892**  
**ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

Data do Acidente: **17/08/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

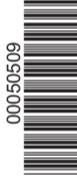
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180548892**.

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, 04 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: **ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180548892**  
**ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

Data do Acidente: **17/08/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**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 3180548892**.

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, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180548892**

Vítima: **ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

Data do Acidente: **17/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180548892**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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**



# 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: 30/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 00000068616-5

---

Nr. da Autenticação B779FC1C603C22AD

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422147/18

**Vítima:** ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

**CPF:** 890.039.933-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/08/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS : 890.039.933-00**

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](http://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: 22/11/2018  
Nome: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS  
CPF: 890.039.933-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2018  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

\_\_\_\_\_  
ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

\_\_\_\_\_  
PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180548892      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS      **Data do acidente:** 17/08/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR / REDUÇÃO, COLOCAÇÃO DE ENXERTO E OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

REANÁLISE

SINISTRO 3180548892 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PACHECO JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP

BENEFICIÁRIO ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

CPF/CNPJ: 89003993300

Venho muito respeitosamente solicitar da seguradora líder dos consórcios DPVAT, uma reanálise documental do meu processo do sinistro a cima mencionado, tendo em vista que fui vítima de acidente de transito e sofri grave lesão a qual esta devidamente qualificada de acordo com laudo que estou enviado a esta seguradora, e não concordo com valor recebido 1.687,50 sem se quer direito a uma pericia medica a onde minha gravidade vem atrapalhando minhas atividades diárias. Coloco-me desde já a disposição da seguradora para realizar uma reanálise para que seja devidamente avaliado e que venha ser indenizado de acordo com a tabela estabelecida pela lei do seguro DPVAT. Responsabilizo-me pelas declarações acima prestadas sob penas do art. 299 do código penal brasileiro e desde já agradeço

Cordialmente,

18, 12, 18



Antônio Honorato da Silva Santos

**IDENTIFICAÇÃO**

Vítima José Tomás Mendes dos Santos  
DATA DO ACIDENTE 19.08.18 / 8 CPF DA VÍTIMA 890039833390

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**

VITIMA É  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM

ENDERECO DO PORTADOR Rua José Tomás Santos

Nº 4744 COMPLEMENTO Cachorro BARRIO Santo Tomás

CIDADE TAUBATE UF SP CEP 06483-920

E-MAIL TELEFONE (36) 99953-9581

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DE INITIVA.

BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS), DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUI TADAS NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE - Igual é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos, pode ser falso mãe

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Morte = R\$ 13.500,00  
INVALIDEZ PERMANENTE → ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE - Igual, se houver, ou CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, se houver (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, se houver (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

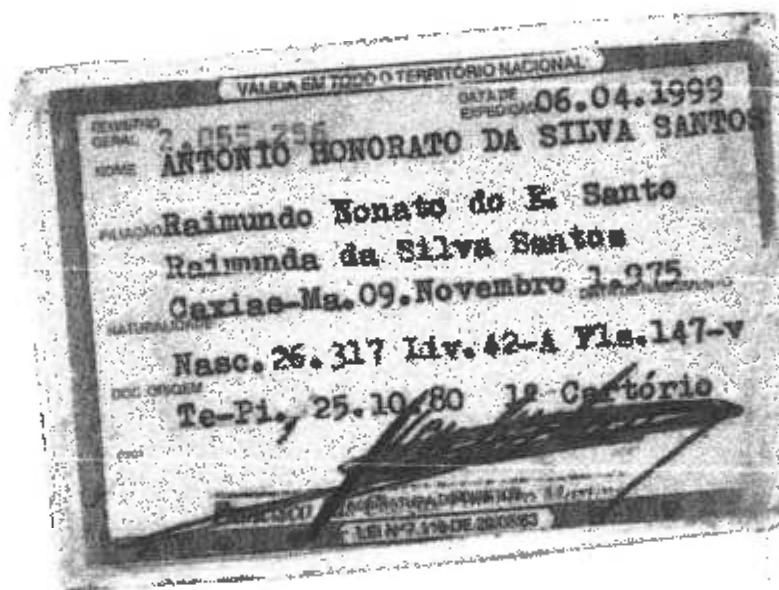
OBS: REPRESENTANTE - Igual é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos, pode ser falso mãe

Portador da documentação entregue \_\_\_\_\_ / Responsável pelo beneficiário \_\_\_\_\_ / Na Seguradora \_\_\_\_\_  
DE SEGUROS \_\_\_\_\_ / Data \_\_\_\_\_  
Identidade \_\_\_\_\_ / Nome \_\_\_\_\_ / Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / Nome \_\_\_\_\_ / Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ / Data \_\_\_\_\_ / Nome \_\_\_\_\_ / Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ / Data \_\_\_\_\_ / Nome \_\_\_\_\_ / Assinatura \_\_\_\_\_



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

22 NOV 2018

DPVAT



