

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Dennes Williams Alves Fernandes

RG nº 2774.867, data de expedição 24/09/12

Órgão _____, portador do CPF nº 042.763.523.39

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Cenq de negreiros Barro, nº 3845

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Derick Richelyson Elegância Dias, cujo o condutor era

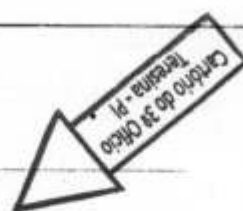
Derick Richelyson Elegância Dias

Veículo: Moto Modelo: Honda/CG FAN 160 ESD Ano: 2016

Placa: PI0-7918 Chassi: 9C2KC2200GR507089

Data do Acidente: 21/03/19

Local e Data: TERESINA/PI 01-07-2019



Recebido em: Dennes Williams Alves Fernandes
Assinatura do Declarante

15 JUL 2019

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

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Cartório
Themistocles
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro Marques, 1229 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3211-0128 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br
Titular: Anália Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DENNES WILLIAMS ALVES FERNANDES. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 01/07/2019. Selo: AAD53569-S21C
www.tjpi.jus.br/portalextra

Katia Gardenia da Silva Santos
KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 110
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Gardenia da Silva Santos
Escrivente Autorizada
Teresina - PI



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado

01 N° do chamado: 3379 | 02 Data do chamado: 21/03/19 | 03 PRO (código): 2402 | 04 Saída do PA: 21:30 | 05 Chegada ao local: 21:50

06 Saída do local: 22:00 | 07 Chegada ao 1° hospital: 22:43 | 08 Saída do 1° hospital: | 09 Chegada ao 2° hospital: |

Local da Ocorrência

10 Endereço: AV Raul Lopes | 11 Bairro: Ingera | 12 Município-UF: Pi-He | Código IBGE: |

13 Ponto de referência: |

Dados do Paciente

14 Nome: Derrick Richeyson Efigênia Dias | 15 Sexo: 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado

16 Idade: 23 | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência: 01 Acidente de transporte | 02 Agressão física-espantamento | 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

Acidente de Transporte

19 Vítima: 1-Pedestre 2-Conducutor 3-Passageiro 9-Ignorado | 20 Meio de locomoção: 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta 5-Ônibus/Micro-ônibus 6-Outro 9-Ignorado | 21 Outra parte envolvida: 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta 5-Objeto fixo 6-Animal 7-Outra 9-Ignorado | 22 Equipamentos de segurança: Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15 | RESPOSTA VERBAL: 1-Abertura ocular 2-Espontânea 3-A voz 4-A dor 1-Nenhuma | RESPOSTA MOTORA: 1-Obedece a comandos 2-Localiza dor 3-Movimento de retirada 4-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum | 24 Sinais Vitais: Pulso 72 Resp. 18 PA 120/80 TAX. 94 SatO2 94 | 25 Local da lesão: (Diagrama do corpo humano com seta no braço direito)

26 Pupilas: 1-Iguals 2-Desiguais | 27 Pulso: 1-Choilo 2-Fino 3-Ausente | 28 Sangramento: 1-Sim 2-Não | 29 Dor: 10 | ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 | 30 Fratura: 1-Sim 2-Não 3-Suspeito

Assistência

31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não): Aspiração Prancha longa/curta Imobilização de extremidades Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c) | 32 Hospital de Destino: HU7 | 33 Condições de entrada: 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado | 34 Óbito: 1-Sim 2-Não

Hospital de Destino

35 Condições de entrada: 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado | 36 Óbito: 1-Sim 2-Não

Observações Interdisciplinar

Quali segue atendimento com medicação ao poder o controle da marmelada, referir dos exames em joelho do paciente com dor.

Assinaturas

Dr. Paulo José M. Raulino Neto
Proctologista
CRM-Pi 8128
Responsável pela avaliação

Socorristas Médico: AE/TE | Enfermeiro: | Condutor: |

CONFERE COM O ORIGINAL
P/ Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa SAMU

Recebido em:

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

**ÁGUAS DE
TERESINA**

CNPJ 27.157.410/000100 - LE 100865574
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (66) 98124-3199

TO 1109 20190521100824
MATRÍCULA 13944231-6 FATURA Nº 151573450
MÊS / ANO 5/2019

NOME / ENDEREÇO
MORADOR RITA DE ARAUJO MELO MAGALHAES

CON DIRCEU ARCOVERDE I Q-021 A
Q-024, Q-023-C-01B-ITARARE-TERESINA-PI-cep:64077070

LOCALIZAÇÃO
013-00054-004360

CELO 013 NÚMERO DO HIDRÔMETRO
Y175538708

HISTÓRICO DE CONSUMO	MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
04/2019	Lido	22	20	20
05/2019	Lido	26	26	26
06/2019	Lido	23	23	23
07/2019	Lido	17	17	17
08/2019	Lido	19	19	19

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LETURA
ANTERIOR 23/04/2019 345
ATUAL 21/05/2019 364

CONSUMO MÊS M3 19
PS. PAISEP 78,28*1,05% = 1,28
COTING 78,28*7,00% = 5,48

TABELA DE TAXAS	RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$/M3 (N)
10	20	5,000 45
20	999999	9,1500 65

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 76,15	76,15
> Residencial-Normal	19,0 m3
JUROS POR ATRASO	04/2019 0,25
MULTA POR ATRASO	04/2019 1,88

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)

VENCIMENTO 02/06/2019 TOTAL A PAGAR 78,28

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ATENÇÃO
ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO
OU SOLICITE EM UMA DE NOSSAS LOJAS O ENVIO DA SUA
FATURA EXCLUSIVAMENTE POR E-MAIL.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.957/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15
PH	1865	1538	327	6,27	6,0-9,50
TURBID. Nephel. 220nm	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5
CONFORMES 100%					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	660	650	4	Ausente	Ausente
	660	660	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 21/05/2019 HORA DA EMISSÃO: 10:08

Recebido em:

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.749/0001-09 | Ins. Estadual: 15.301.383-5
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica - Série B-1
Inscrição Especial de Imposto autorizada pela SEFAZ (IN/04)

Nº da Nota Fiscal

024069457

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	15-07-2019	351	358,33

LÍCIA MARIA DA C. LUNHA
R. COLOMBIA 3478 TRÊS ANDARES
C.P.: 0002011463315
C.D.: 64.000.000 - TERESINA

ROT: 5.001.99.05.145000

Atual:	55331	Atual:	08/07/2019
Anterior:	54980	Anterior:	06-06-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	06-08-2019
Consumo Medido:	351	Emissão:	05-07-2019
Consumo Faturado:	351	Apresentação:	08-07-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
	Código de Irregularidade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Class/Subclass	Utição	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo 12 meses
----------------	--------	----------------	-------	-------------	-----------------

R/S: RESIDENCIAL MONO A200408 1.1.1.1 255

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
JUL/19 325	CONSUMO 351 A R\$ 0,920698 =	323,16
MAI/19 275	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	26,07
ABR/19 285	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00	1,39
MAI/19 251	MULTA POR ATRASO 05/19-00	5,15
FIV/19 262	JUROS POR ATRASO 05/19-00	2,36
JUN/19 267	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,30
DIZ/18 255		
NOV/18 268		
OUT/18 388		
SET/18 162		
TOTAL SEM TRIBUTOS:		
11 351 - 0,61:068		

Recebido em:

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 23-07-2019. O não pagamento pode acarretar também a inclusão do nome do consumidor na DEPRECA, caso tenha afetado o fornecimento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO		5C9C.2F77.8095.A5B7.D9F4.D64E.671A.170B							
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$							
Distribuição:	63,56	Base de Cálculo:	323,16	235,91					
Energia:	122,81	Alíquota ICMS:	27,00%						
Transmissão:	20,77	Valor do ICMS:		87,25					
Energia:	10,16	Valor do PIS:	1,40%	3,32					
Tributos:	105,86	Valor do COFINS:	6,48%	15,29					
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DC			FC		DMC		DMC2	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86		
Atualizado	0,00			0,00			0,00		
Consumo	TERESINA			Plano de consumo:		05/2019	ELC01	91,79	

ROT: 5.001.99.05.145000

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.749/0001-09 | Ins. Estadual: 15.301.383-5

Nº da Nota Fiscal:

024069457

FCAM

83690000003 2 58330017000 3 00000000019 0 71220719008 3



Seq.: 00358 UC: 0019712-2 DT. EMISSÃO: 08/07/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 55331 NORMAL TOTAL: 358,33 CARGA: 004
DT. VENC.: 15-07-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0601

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:
	060.643.563.83	DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPE:
DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS	RECLUSO	060.643.563.83
Endereço:	Bairro:	Número:
QUADRA 23 CASA 01	DIRETO	
Cidade:	Estado:	CEP:
TERESINA	PIAUÍ	64070-077
E-mail:	Tel (DDD):	
	86.98827916	

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 55255 7

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: Falecidos:

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

Local e Data, TERESINA 15/07/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002460/2019-59

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 01/07/2019 - 10:59

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. RAUL LOPES, Nº

Complemento

Data/Hora

21/03/2019 - 21:00

Bairro

ININGA

Ponto de Referência

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DERICK RICHELyson ELEGÂNCIA DIAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3660670 SSP/PI

Mãe: EDINADIGARRA ELEGÂNCIA LIMA DIAS

Pai: FRANCISCO ELISTÂNIO LIMA DIAS

Endereço: Q-23, CASA-01, DIRCEU ARCOVERDE I. Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE I

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 88-8827-9118

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA AV. RAUL LOPES, SENTIDO SUL/NORTE, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 160 FAN ESDI, ANO/MODELO 2016, COR VERMELHA, PLACA PIO-7918-PI, RENAVAN 1100674041, PROPRIETÁRIO DENNES WILLIAMS FERNANDES, MOMENTO EM QUE DESEQUILIBROU-SE E CAIU, SENDO SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 3379 E ENCAMINHADO AO HUT, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 506269, O NOTICIANTE AFIRMA QUE NÃO É HABILITADO, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

Derick Richelyson Elegância Dias
DERICK RICHELyson ELEGÂNCIA DIAS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Recebido em:

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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:
	06064356383	DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS	060.643.56383	
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO	QUADRA 23 CASA 01	
Bairro:	Cidade:	Estado:
DIRCEU I	TERESINA	PIAUÍ
E-mail:		CEP:
		64070077
		Tel (DDD):
		86.9827916

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3389 ☐ CONTA: 55255 ☐ 7

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

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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

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

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

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

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

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

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

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

Recebido em

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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

Local e Data, TERESINA 15/07/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428592

Vítima: DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS

Data do Acidente: 21/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS

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, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428592

Vítima: DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS

Data do Acidente: 21/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000003389**

Conta: **0000055255-7**

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



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: 23/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000055255-7

Nr. da Autenticação A8382EEBEFD31E4B



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

Recebido em:

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

NOME DO PACIENTE: Derrick Richardson Cleonice Dias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 506269

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".

Josma Luis Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

ORTOPE DTM

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 21/03/2019 23:04:04

(User: WILLIAM MACHADO)

(Estação: CONSULPA03)

Nome: DERCK RICHELISON ELEGANCIA DIAS		Prontuário: 506269
Mãe: EDINADEGARRA ELEGANCIA REGO DIAS	Pai:	
End.Resid.: QD 23 CASA 1 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64077-070		
Nascimento: 20/03/1996	Idade: 23a0mld	Sexo: Masculino Fone: 83-98878-6561
Responsável: SYNARA	CNS:	
Profissão: VENDEDOR	Documento: CPF: 060.643.563-83	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 713410	Entrada: 21/03/2019 22:25:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura Informe Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA MOTOCICLISTICA HÁI HORA, COM USO DE CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, OTORRAGIA, E EPISTAXE, NEGA INGESTA ALCOOLICA, CONSCIENTE, FÁSICO E EUPNEICO.

A) VIAS AEREAS PERVIAS, FÁSICA, COM EM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 70.BPM, SAT O2: 97%

C) PRESSAO: 120/80MMHG

D) PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE

SEM SINAL DE LESAO EM CABEÇA.

E) ESCORIAÇÃO EM PERNA DIREITA E JOELHO DIREITO.

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1177861) - JOELHO DIREITO

(1177862) - PERNA DIREITA

Prescrição Médica:

1. SF 0,9% - 500ML, EV, P/ MV.

2. DAPIRONA - 01 AMP + AD, EV, 6/6H

3. TILATIL - 1 AMP + AD, EV AGORA

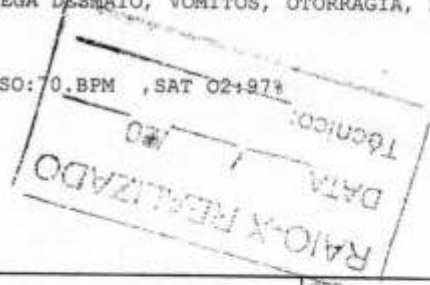
Motivo da Alta/Encerramento:**Observação (Adulto)****DATA:** / /**HORA:** :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Elson Gomes de Castro
Médico
CRM-PI 68113WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 21/03/2019 23:03:58

Recebido em:

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROSJoana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 71380
SAM HUT
CONF. EM ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27/03/19

NOME DO PACIENTE: Derik Richeyson Elegance Deus	PRONTUÁRIO Nº: 1205
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Rouqui	Nº DA SALA: 08
CIRURGIÃO: Dr. André	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Grs. Denise	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Dayana	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5 180	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		Cupon	W	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Roy			
PROLENE							

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Secretária de Saúde
SANTA RITA
COMISSÃO DE CONTROLE DE PREÇOS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

188866

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	235421

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS	6 - Prontuário: 506269
7-CNS: 706202537202467	8-Nascimento: 20/03/1996
9-Sexo: Masculino	CPF: 060.643.563-83
11-Mãe: EDINADIGARRA ELEGANCIA REGO DIAS	12-Fone: 83-98878-6561
13-Resp: SYNARA	14-Cor: Amarela
15-Endereço: QD 23 CASA 1 - DIRCEU ARCOVERDE - CEP: 64077-070	
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64077-070

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE VITIMA DE QUEDA MOTOCICLISTICA HÁ 1 HORA, COM USO DE CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, OTORRAGIA, E EPISTAXE, NEGA INGESTA ALCOOLICA, CONSCIENTE, FÁSICO E EUPNEICO. ESCORIAÇÃO EM PERNA DIREITA E JOELHO DIREITO.
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO CIRURGICO 0408050101 S820 (PATELECTOMIA)+0408050128 M228 (REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO)
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): ef+rx
23-Diagnóstico Inicial: Informação Posterior)
24-CID Prin: 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0415030013	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 003.695.133-12
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS	34-Data Solicitação: 21/03/2019
35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documeto:)CNS ()CPF	49-Num. Documento:
Assinatura Paciente ou Responsável: Synara	

220419
Marcondes Martins S. Moura
Médico Autoriz. FMS - Teresina
0415030013 - CNES 17026395120001
Assinatura (Rg.Conselho)

Usuário: (CECILIA BRITO)
Consulta Local: 713410
Consulta SUS:
Impressão: 08/04/2019 11:46:43

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Médica FMS - Teresina
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Nº LAUDO: 188866

AIH: 2219100212252

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

706202537202467

NOME DO PACIENTE

DERICK RICHELYSON ELEGANCIA DIAS

NASCIMENTO

20/03/1996

PRONTUÁRIO

506269

SEXO

M

DOCUMENTO

TELEFONE

86999999999

NOME DA MÃE

EDINADIGARRA ELEGANCIA REGO DIAS

RESPONSÁVEL

SYNARA

CEP

64000010

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

QUADRA 23

NUMERO / LOTE

BAIRRO

DIRCEU

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0415030013

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA

CÓDIGO

0408050527

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

CÓDIGO

0415030013

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA ROTULA PATELA

CID 10 PRINCIPAL

S820

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE QUEDA MOTOCICLISTICA HÁ 1 HORA, COM USO DE CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, OTORRAGIA, E EPISTAXE, NEGA INGESTA ALCOOLICA, CONSCIENTE, FASICO E EUPNEICO. ESCORIAÇÃO EM PERNA DIREITA E JOELHO DIREITO. TRATAMENTO CIRURGICO: PATELECTOMIA 0408050101 S820 + REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO 0408050128 M228

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ANDRE LEAL DE VASCONCELOS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016288313489

DATA SOLICITAÇÃO

10/04/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

MARILEA DA SILVA LEAL

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

980016281738417

10/04/2019 10:36:10

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matricula 47380
SAÚDE
CONFERE COM O ORIGINAL



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Wenik Richelyson Eugência Dias		
Diagnóstico pré-operatório	FRATURA DE PATELA ESTABELECIDA ALTAMENTE COMINUITA		
Operação - Tipo	PATELECTOMIA TOTAL COM REPARO DO MECANISMO EXTENSOR.		
Cirurgião	Dr. André	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Dayana	Anestesia	Da Denise
anestésico(a)			

Data da Operação	27.03.19	Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			04080 50101 - 5820 04080 50128 - M728		
Relatório Imediato do Patologista					

Acidente Durante a Operação
FRATURA DE PATELA ESTABELECIDA +
GRANDES FRAGMENTOS OSTEOCONDRAIS, OPTADO POR PATELECTOMIA
POR IMPOSSIBILIDADE DE SÍNTESE

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) PACIENTE EM DDH SOB RADICLAIR ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA, ANTISÉPSIS E CAVOS
- 3) INCISÃO LONGITUDINAL + DIVULSÃO POR PLANOS
- 4) VISUALIZAÇÃO DE FRATURA DE PATELA ESTABELECIDA COM LESÃO OSTEOCONDRAIS IMPORTANTE, OPTADO ENTÃO POR PATELECTOMIA TOTAL
- 5) REPARO DO MECANISMO EXTENSOR COM SUTURA
- 6) REFORÇO COM PONTO DE KRAKOW + SUTURA COM PONTOS SIMPLOS
- 7) SUTURA E CURATIVO EMPLA

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Derrick R. Elegorie Dias</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>27.03.19</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <i>ASA 1, nega alergia</i>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONquite
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3	* 17:15 * 18:15				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100	<i>500</i>				<i>Lebozoline 1g</i> <i>Ondansetrona 1amp</i> <i>Zemoxicon 1PR</i> <i>Dexometazona 1amp</i>
TEMPERATURA T	Cº	260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				<i>Sedação:</i>
P. ARTERIAL V O PULSO	38	<i>99% 99% 99% 99%</i>				SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		<i>100</i>				1 midazolam 5mg
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		<i>100</i>				2 Roqui anestesia
RESPIRAÇÃO O		<i>100</i>				3 e 10 Quincke 27
SÍMBOLOS						4 L3-L4
						5 Li quorcloso
						6 bupivacaina
						7 perido 13mg +
						8 fentanil 15µg +
						9
						10
						11
						12
						13
						14
						15
						DURAÇÃO <i>morfina 60µg</i>
TÉCNICAS <i>Roqui anestesia + sedação</i>					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

[illegible]

MÉDICO / CRM:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Carolina Richellyson Bleyrão de Medeiros IDADE 36 anos DATA 27.03/2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 50 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Patelectomia total com reparo de CIRURGIÃO André

SINAIS VITAIS

	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>118 bpo</u>	<u>125/67</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>112/89 bpm</u>	<u>93</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>97%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Carolina 879.740.77</u>	<u>8</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE ESCALAR		ADMISSÃO	SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☒
Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☒
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐
Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☒
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☒
Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐
Não responde	0	0 ☐	0 ☐
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☒
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR



TOTAL

ASS.

ONDA VESICAL

() DRENO DE SUÇÃO

() DRENO TORACICO

() DVE

() COLOSTOMIA

SONDA () NASOG () NASOE

hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

19:50h - Admitido em SRPA em DDI de Patelectomia, sob raqueanestesia. Consciente, orientado, supino, envoltório limpo. Juliana 271.566

22h - Alta SRPA

Juliana 271.566

Joana Leão M. de Mesquita
Enfermeira - 7390
SABE-TUT
CONFERE COM O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [X] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [X] ORT [] NEU [] CIR [] IMEDI

229/218

Alta da RPA
Sem Dor

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS** (Prontuário: 506269)
Endereço: QD 23 CASA 1 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64077-070
Nascimento: 20/03/1996 Idade: 23a0m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 235420
Requisição: 936767 Solicitação: 28/03/2019 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 1182171 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 218

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 28/03/2019

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles do joelho.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/04/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Recebido em:

15 JUL 2019

**MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS**

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Médica - R. 1000
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190428592 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DERICK RICHELYSON ELEGANCIA DIAS **Data do acidente:** 21/03/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO FIXAÇÃO INTERNA /PATELECTOMIA TOTAL.
ALTA MÉDICA. P.05/06

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE JOELHO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS</u>			
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>		ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>3.560.876</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPPJ</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO:	CPF: <u>060643563 83</u>
PROFISSÃO: <u>RECUSO</u>		ENDEREÇO: <u>AVANCA 23 CASA 01</u>	
Nº:	BAIRRO: <u>DIKCEV I</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	
ESTADO : <u>PIAUÍ</u>		CEP: <u>64070 077</u>	

OUTORGADO: LUIS CARLOS CUNHA LIMA			
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>		ESTADO CIVIL: <u>DIVORCIADO</u>	
RG: <u>0269743620032</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPMA</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO <u>19/01/2019</u>	CPF: <u>011.310.073-60</u>
PROFISSÃO: <u>TEC. SEG. DO TRABALHO</u>		ENDEREÇO: <u>RUA COLOMBIA</u>	
Nº <u>3474</u>	BAIRRO: <u>TRÊS ANDARES</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	Recebido em:
ESTADO: <u>PIAUI</u>		CEP <u>64016-570</u>	<u>15 JUL 2019</u>

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT** E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTOS, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDADO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO **SEGURO DPVAT**

VÍTIMA: DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS.
 CPF: 06064356383. DATA DO ACIDENTE 21/03/2019
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS () MORTE
 Local/Data TERESINA 01/07/2019.

Derick Richelson Elegancia Dias

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPÃO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Gardênia da Silva Santos
Escritura Autorizada
Teresina - PI

ELEGANCIA DIAS, DOU FÉ. EN TEST. 01/07/2019. DA VERDADE.
Teresina-PI, 01/07/2019. Selo: XAD53562-KRB5
www.tjpi.jus.br/portalestra.
KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA
Em 13.85 TJ:0.77 EMP/PI:0.10 Selo:0.26 Total:4.98 - OP:110
PROCURAÇÃO PARTICULAR

Cartório do 3º Ofício
Teresina - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238521/19

Vítima: DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS

CPF: 060.643.563-83

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 21/03/2019

Titular do CPF: DERICK RICHELISON
ELEGANCIA DIAS

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

LUIS CARLOS CUNHA LIMA : 011.310.073-60

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

DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS : 060.643.563-83

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: 15/07/2019
Nome: LUIS CARLOS CUNHA LIMA
CPF: 011.310.073-60

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190428592 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DERICK RICHELYSON ELEGANCIA DIAS **Data do acidente:** 21/03/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO FIXAÇÃO INTERNA /PATELECTOMIA TOTAL.
ALTA MÉDICA. P.05/06

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PI 9020170296516 Nº 013404917854
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA- COD. RENAVAM- F.N.T.R.C- EXERCÍCIO
1 1100674044 2018

NOME-
DENNES WILLIAMS ALVES FERNANDES

CPF / CNPJ- PLACA
04276352339 P10-7918
PLACA ANT. / UF- CHASSI-
9C2K6C22006R507089

ESPECIE TIPO- COMBUSTÍVEL-
PAS/MOTOCICLO/NEHUMA ALCO/GASOL
MARCA / MODELO- ANO FAB- ANO RND-
HONDA/CG 160 FAN ESDI 2016 2016
CAP / POT / CL- CATEGORIA- COB. PREDOMINANTE
002P/162CC PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA- VENC. COTA ÚNICA- VENC. / COTAS-
1 1ª PVA
2 2ª
3 3ª PAGO
P V FAVAL PVA PARCELAMENTO / COTAS
A
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)- ICÉ (R\$)- PRÊMIO TOTAL (R\$)- DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

A/FID ADMINISTRADORA DE CONS N
TERESINA
ANIL MARQUES DO REGO LOPES
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI
30/8/2018

PI Nº 013404917854 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- DATA EMISSÃO-
2018 30/8/2018
VIA- CPF / CNPJ- PLACA
1 04276352339 P10-7918
RENAVAM- MARCA / MODELO-
1100674044 HONDA/CG 160 FAN ESDI
ANO FAB- ANO RND-
2016 09 9C2K6C22006R507089

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNE (R\$)- DENATRAN (R\$)- CUSTO DO SEGURO (R\$)-
81,28 9,03 90,31
CUSTO DO BILHETE (R\$)- ICÉ (R\$)- TOTAL SERVIÇO BILHETE (R\$)-
4,15 0,70 185,50
X COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
10/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.998/0001-04

Recebido em:
15 JUL 2018
MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

CONTRAN

Recebido em.

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DO MARANHÃO SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA GAI INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO		REGISTRO GERAL 026974362003-2	DATA DE EMISSÃO 19/01/2019
MARISSA DE SOUZA MARISSA DE SOUZA		NOME LUIS CARLOS CUNHA LIMA	
FOTO		TIPO DE FILIAÇÃO LUIZ LEITE LIMA E MARIA ODETE DE OLIVEIRA CUNHA	
FIM		NATURALIDADE SAO LUIS - MA	DATA DE NASCIMENTO 31/07/1985
FIM		DOC ORDEM NASC. N.89619 FLS.172 LIV.80	
FIM		CNPJ 011310073-60	VIA-02
FIM		SÃO LUIS-MA P-142	
FIM		ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 28/08/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Derick Richelyson Elegância Dias

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.560.876 DATA DE EMISSÃO 13/05/19

NOME DERICK RICHELyson ELEGÂNCIA DIAS

EDINADIGARRA ELEGÂNCIA RÉGO DIAS
FRANCISCO ELISTANIO LIMA DIAS

TERESINA-PI 20/03/1996

CERT. NASC. 93899 L 106 F 227
EXP. TERESINA-PI 08/04/14
060.643.563-83

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

Recebido em:

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS