

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

CORRETORA DE SEGUROS

09 FEV 2018

DPVAT

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PI 9020170075642 Nº 012898395732
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 499761863 2017

LUIZ VIEIRA DA SILVA

CPF / CNPJ 83797360363

PLACA ANT / UN -

CHASSI 9C2KD0550DR109453

PLACA 0ED-3758

PAS/MDOTICLO/MENHURA

HONDA/NXR150 BROS ES

002P/149CC

CAP / POT / CIL

002P/149CC

COTA ÚNICA

PAIXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO SEGI PAGO

OBRIGATORIO

ADMINISTRADORA DE CONSUMO

TERESINA

25/8/2017

PI Nº 012898395732 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 25/8/2017

VIA 1 83797360363

RENAVAM 499761863

ANF / FAB 2012

COT / TME 09

CHASSI 9C2KD0550DR109453

PLACA 0ED-3758

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 81,28

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

PAGAMENTO 0,70

DATA DE QUITAÇÃO 24/08/2017

SEGURO LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.258.4440001-04

www.seguradoralider.com.br





CLÍNICA

São Bernardo

consultas e exames

Rua Sete de Setembro, 239/Sul • Teresina-PI • Fone/Fax: 3221-4748 / 3222-0890
e-mail: clinicasaobernardo@yahoo.com.br

#DECLARAÇÃO MÉDICA#

Declaro para os devidos fins de direito que Luiz Vieira da Silva, vítima de acidente motociclístico em 24/11/2017 apresentou fratura bicondilar no tornozelo direito e ao fim do tratamento médico e cirúrgico apresenta limitação funcional em torno de 50%.

CTD 10- 5826

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

04 ABR 2018

DPVAT

Dr. Flávio Manoel B. de S. Coutinho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI-3102

Teresina, 03 de abril de 2018

CLÍNICA MÉDICA • CARDIOLOGIA • GASTROENTEROLOGIA • GINECOLOGIA
OBSTETRÍCIA • MEDICINA DO TRABALHO • NUTRICIONISTA • ORTOPEDIA

DADOS DO CLIENTE

MORADOR: LUIZ V DA SILVA
 PROPRIETÁRIO: LUIZ V DA SILVA
 CON RESID DIGNIDADE, Q-024-CASA-008-ANGELIM-TERESINA-PI-
 cep:64034400

MATRÍCULA: 14143151-2
 GRUPO: 16
 LOCALIZAÇÃO: 016-00027-000080
 HIDRÔMETRO: A05L120243

ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA
 1 Residencial Normal

HISTÓRICO DE CONSUMO

Referência	Tipo	Leitura	Lido	Faturado	Data
06/2017	Mínimo	1405	0	11	
07/2017	Lido	1416	11	11	
08/2017	Lido	1428	12	12	
09/2017	Lido	1438	10	10	
10/2017	Lido	1448	10	10	
11/2017 (Anterior)	Mínimo	1448	0	10	24/11/2017
12/2017 (Atual)	Mínimo	1472	24	14	26/12/2017

Dias de Consumo: 32
 Média Consumo Diário (m³): 0,3125
 Média Consumo Mensal (m³): 10

FATURAS PENDENTES

Referência	Vencimento	Valor (R\$)
------------	------------	-------------

DESCRIÇÃO DOS ITENS FATURADOS

Valor (R\$)

VALOR REFERENTE AGUA - 46,27		
> Residencial Normal	14m³	46,27
JUROS POR ATRASO	10/2017	0,13
MULTA POR ATRASO	10/2017	0,54

Demais Lançamentos	0,00
TOTAL A PAGAR	46,94

MENSAGEM

Conforme Art. 2º da Lei 12.741 de 08/12/2012, informamos que sobre o valor da fatura incide os seguinte tributos: PIS e COFINS.

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

LEI 12.741/2012

PIS/PASEP =	46.94 * 1.65% =	0,77
COFINS =	46.94 * 7.60% =	3,56

*** NOTIFICAÇÃO ***

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art.6, §3, inciso II.

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA/MÊS	VALOR PERMITIDO
Cloro Livre	3126	3046	80	1,26	0,20-5,00 mg/L
Cor Aparente	3119	2923	196	6,92	Inferior a 15,00
Ph	3124	3021	103	6,84	6,00-9,50
Turbidez	3121	2926	195	2,08	Inferior a 5,00
Coliformes Tc	834	814	20	Ausente	Ausente

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA/MÊS	VALOR PERMITIDO
Escherichia Coli	834	822	12	Ausente	Ausente

O pagamento desta fatura após o vencimento implicará em aplicação de multas e juros que serão cobrados na próxima fatura.



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Ruiz Vieira da Silva

CPF da Vítima

837 973 603 63

Data do Acidente

24/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Ruiz Vieira da Silva

E-mail

CPF do Representante legal

837 973 603 63

Telefone (DDD)

86-99997-0660

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

09 FEV 2018

DPVAT

Termina 26 de *Janeiro* de 2018

Local e Data

Ruiz Vieira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ORIGINAL



Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205/0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2819-
Renascença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



ATO DECLAR

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

S826

De: UPA	Para: HUT / HU / HRM
Luiz Viana de Silva	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
Paciente vítima de acidente de trânsito, aparentemente fratura fechada e torçoes D.	
Dr. Tércio Dantas Moura Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 2834	
TERESINA-PI 24/11/17	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
PJ CORRETORA DE SEGUROS 09 FEV 2018 DPVAT	
TERESINA-PI	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 FEV 2018

DPVAT

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

837973603-63

Nome completo da vítima

Leuz Viana da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Leuz Viana da Silva
CPF titular da conta: 83797360363
Profissão: Removida
Endereço: Ed 24 Casa 08
Número: 83797360363
Complemento: Resid. Negrão de
Bairro: Angelim
Cidade: Teresina
Estado: Piauí
CEP: 64000-000
Email:
Telefone (DDD): 86-99997-0660

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: 2004 DIV: 0
(Informar dígito se existir)

CONTA NRO: 15898 DIV: 0
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO NOME: NRO:
AGÊNCIA NRO: DIV: CONTA NRO: DIV:
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

09 FEV 2018

Teresina 26 de Janeiro de 2018
Local e Data

DPVAT

ORIGINAL

Leuz Viana da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000412/2018-45

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 26/01/2018 - 16:50

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARECHAL CASTELO BRANCO, Nº:

Complemento

Data/Hora

24/11/2017 - 04:25

Bairro

CABRAL

Ponto de Referência

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUIZ VIEIRA DA SILVA (61 ANOS)

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 413872 SSP PI

Mãe: RAIMUNDA VIEIRA DA SILVA

Endereço: QD 24 CASA 08, Nº

Complemento: RESIDENCIAL DIGNIDADE

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/NXR150 BROS ES, COR VERMELHA, PLACA OED-3758-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO FOI ATINGIDO POR UM AUTOMÓVEL TOYOTA/ETIOS HB X, COR PRATA, PLACA PIH-9679-PI; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO CONDUTOR DO ETIOS E LEVADA PARA A UPA-RENASCENÇA (PRONTUÁRIO 102356); QUE, O REFERIDO ACIDENTE TEM COMO TESTEMUNHA JOAQUIM FERREIRA DA SILVA, RG: 529389 SSP-PI, RESIDENTE NA QD 24 CASA 07, RESID. DIGNIDADE, ANGELIM. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Luiz Vieira da Silva
LUIZ VIEIRA DA SILVA (61 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3180071772

Vítima: LUIZ VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180071772** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 15 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ VIEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180071772

Vitima: LUIZ VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180071772**.

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

Carta nº 12379661



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ VIEIRA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180071772
Vitima: LUIZ VIEIRA DA SILVA
Data do Acidente: 24/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180071772**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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: 19/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ VIEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000015898-0

Nr. da Autenticação 07426A485C9930F8



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

NR12 Vitoria Lima

Diagnóstico pré-operatório

fratura bimalar da tibia

Operação - Tipo

OSTEOTOMIA (R+P)

Cirurgião

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - FEOT 12409

1º Assistente

Jr. Borges

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

Anestesista

Jr. FERNANDA

Anestesia

Raque

Data da Operação

25/11/17

Início

16:20

Fim

17:10

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Paciente em ASA, sob anestesia com MID garantido.
- 2) Anestesia + antiemética com compressas.
- 3) Incisão lateral + dissecção + RFAI com paraf. inter. + placa 1/3 + 6 fur.
- 4) Incisão medial + dissecção + RFAI com 2 paraf. + parafos.
- 5) LMC com SRA, 91% + Sutura + Curativo.
- 6) Retirada do gesso com BPD.
- 7) A SRAA

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - FEOT 12409
Mod. 76 HUT



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/11/2017

NOME DO PACIENTE: Luiz Vieira da Silva	PRONTUÁRIO Nº: 420286
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: Trat. cirúrg. pat.
ANESTESIA: Dr. Leocádio Soares	Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO: Dr. Leocádio Soares	CPF Nº:
AUXILIAR: Jn. Bonfim	CPF Nº:
ANESTESIA: Dra. Fernanda	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Jacksony	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N.º 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	-	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500 ml	UNID.	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Cateter 02		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eliôds -		05 unid	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Gravas -		03 unid	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Faixa de sersh -		02 unid	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Algodão atópico de 100		02 unid	
ALCOFIL				Crepom -		03 unid	
MONONYLON 2.0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0		01		CIRCULANTE: Solange montinho			
PROLENE							

Solange Nazaré C. Moutinho

Téc. Enfermagem MOD - 094
COREN-PI: 453.433

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 31252

AIH: 2217102390349

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA

CNES

7823169

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

709202257191338

NOME DO PACIENTE

LUIZ VIEIRA DA SILVA

NASCIMENTO

05/09/1956

SEXO

M

PRONTUÁRIO

420266

DOCUMENTO CPF

8694798208

NOME DA MÃE

RAIMUNDA VIEIRA DA SILVA

RESPONSÁVEL

LUZIMAR

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

8

BAIRRO

DIGNIDADE

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALBOLAR TRIMALEOLAR DA FRATURALUXACAO DO TORNOZELO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

24/11/2017

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

CPF: 64435121387

CRM:

DATA ADMISSÃO

24/11/2017 23:00

DATA ALTA

26/11/2017 10:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

ERICA PATRICIA CILAVES
CPF: 89671341349

CRM:

DATA ANALISE: 25/11/2017 01:05:23

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

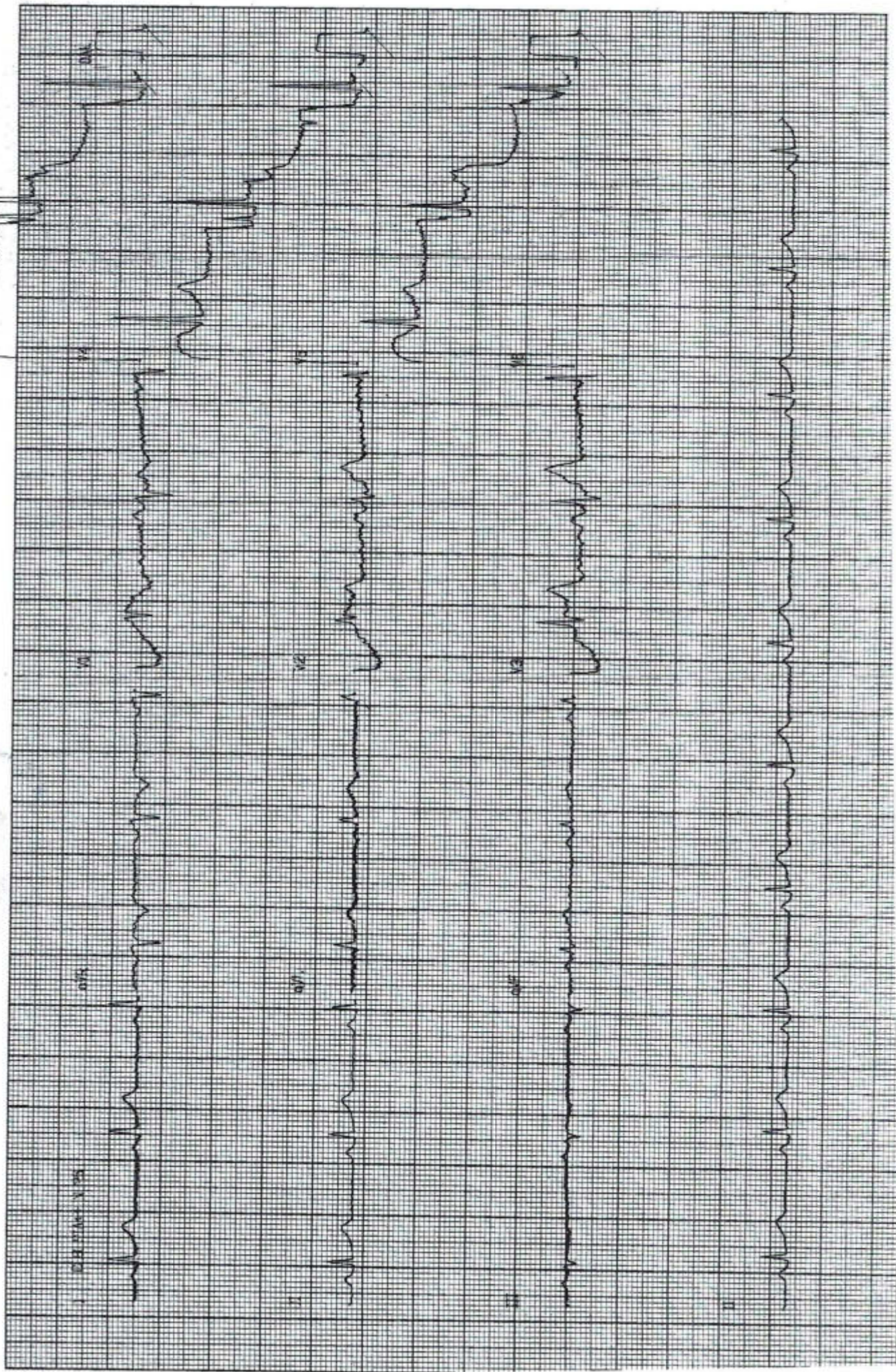
CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Wenderson Sales Promotions
March 1983
Confidential



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
				HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
25/11/17			Ortopédica	Comunicação		21:15 - Orientado em 105
	1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO				de 100ml de leite de
	2	SF 0,9% 1000 mL, EV, 14 gts/min				PNZ D, 100ml de oxigênio
	3	CEFALOTINA 1g (1 AMP) + AD, EV, 6/6h				medicamentosa, com o
	4					diagnóstico físico, com
	5	OMEPRAZOL 40 mg (1 AMP) + AD, EV, 1x/dia				co, apêndice, sem
	6	DIPIRONA 500mg/mL (1 AMP) + AD, EV, 6/6h				indicação de abster-se
	7	TILATIL 20 mg (1 AMP) + AD, EV, 12/12h				Comunicação
	8	TRAMAL 100MG + 100 mL SF 0,9% EV, 6/6h				24-26
	9	MEMBRO OPERADO ELEVADO				comentário 64376-18
	10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS				26/11/17 64376-18
	11					pós-operatório,
						medico.
11117						



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUIZ VIEIRA DA SILVA** (Prontuário: 420266)
Endereço: QD 24 CS 08 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/09/1956 Idade: 61a:3m:10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 202893
Requisição: 792846 Solicitação: 24/11/2017 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
Controle: 983368 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 005

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 24/11/2017

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/12/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUIZ VIEIRA DA SILVA** (Prontuário: 420266)
Endereço: QD 24 CS 08 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/09/1956 Idade: 61a.3m.10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 202893
Requisição: 792846 Solicitação: 24/11/2017 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
Controle: 990040 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 005

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 24/11/2017

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas bimaléolares
- Tala gessada.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/12/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUIZ VIEIRA DA SILVA** (Prontuário: 420266)
Endereço: QD 24 CS 08 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/09/1956 Idade: 61a:3m:10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 202893
Requisição: 793043 Solicitação: 25/11/2017 Solicitante: LEOCADIO SOARES REBELO DA SILVA
Controle: 983606 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 005

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 25/11/2017

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas bimaleolares fixadas por parafusos metálicos.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/12/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 24/11/2017 18:06:59

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SERVIÇOSOCIAL)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	LUIZ VIEIRA DA SILVA	Prontuário:	102356
Mãe:	RAIMUNDA VIEIRA D ASILVA	Pai:	
End.Resid.:	CONJ DIGNIDADE QD 24 CASA 8 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento:	05/09/1956	Idade:	61a:2m:19d
Sexo:	Masculino	Fone:	-
Responsável:	O MESMO	CNS:	
Profissão:		Documento:	RG: 4013872 - SSP
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Ignorado
End.Local.:	-		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	218981	Entrada:	24/11/2017 17:21:23	Convênio:	S U S
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR				

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	MMSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco: Acidente de motociclista há 1 hora e meia, colisão carro-moto, apresenta edema e refere dor em tornozelo D			KARLA DANIELLA GOMES DE SOUSA E COREN/PI 276884 Em: 24/11/2017 17:24:52
Ass.Profissional Clas. Risco:			

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

DADOS CLÍNICOS:

paciente vítima de acidente de trânsito
apresenta fratura bimaléolar em tornozelo direito e necessita de cirurgia
cd: cirurgia

Diagnóstico Inicial:
Fratura do maléolo lateral

CID:
S826

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

cetoprofeno 100mg-----1amp
dipirona-----1amp
soro fisiológico-----100ml ev

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ALTA COM RECEITA

DATA: / /

HORA: :

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

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA
CRM PI 3824 Em: 24/11/2017 18:06:57

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 218981

Imp: 24/11/2017 18:06:59

Nome: LUIZ VIEIRA DA SILVA	Prontuário: 102356	Local:	Laito:
Tipo Sanguíneo:	Fator RH:	Peso (Kg): 0,00	Altura (m): 0,00
		IMC (kg/m2):	0,00

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 FEV 2018

DPVAT

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:	SINAIS VITAIS:							
			HORA:	T:	P:	R/SatO2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese
cetoprofeno 100mg	1amp	18:45								
dipirona	1amp	18:45								
sero fisiológico	100ml ev	18:45								

Dr. Tercio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI/3824

Joseane dos Santos Oliveira
Téc. Enf. Enfermagem
CONEN-PI 1061328-1E

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO:65371704	Nº DA REGULAÇÃO: 7705
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: LUIZ VIEIRA DA SILVA	NASCIMENTO: 05/09/1956

DADOS CLÍNICOS

HISTORIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, APRESENTA FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO MALEOLO LATERAL

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURACÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 24/11/2017 20:24:47

MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Suz Vieira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 420266

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".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Imp: 24/11/2017 23:03:09

(User: RAIMUNDA SOARES)

(Folha: 001/001)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LUIZ VIEIRA DA SILVA		Prontuário: 420266	
Mãe: RAIMUNDA VIEIRA DA SILVA	Pai: NAO DECLARADO		
End.Resid.: QD 24 CS 08 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 05/09/1956	Idade: 61a:2m:19d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99598-7797
Responsável: LUZIMAR DA SILVA	CNS: 709202257191338		
Profissão: ZELADOR	CPF: * RG: 413872 - SSP-PI		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 638597	Data: 24/11/2017 23:00:01	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Típico: Não	CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente encaminhado à UPA para atendimento único. -
vítima de Auto x moto - Fatura de Danos ①

RA Fatura de Danos

Us: Intense p/ Mot. Único.

PA _____ X _____ mmHg

Pulso: _____

FC: _____ bpm

Temp.: _____

Diagnóstico Inicial:

RM Danos ①

CID: 182.3

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ALTA:

- | | |
|----------------|----------------------|
| () Melhorado | () Administrativa |
| () Curado | () Por Indisciplina |
| () Inalterado | () Por Evasão |
| () A Pedido | |

- () Retornar à Unid. Origem: _____
() Transferência: _____

DATA SAÍDA: ____/____/____. HORA: ____:____.

ÓBITO:

- | | |
|-------------------|------------------|
| () Até 24 Hs | () Família |
| () De 24 a 48 Hs | () IML |
| () Após 48 Hs | () Anat. Patol. |

DESTINO:

- () Internação na Unidade

Proced. Solicitado: 04080 50497

SRJ

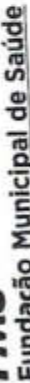
CID Compatível:

Dr. Eduardo Régis de A. Bona Miranda
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 4400 JEC-12418

Prof. Solicitante
Internação:

Luizimar da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



FMS

Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA[illegible]

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180071772 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2017 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSO METALICO NA TIBIA DISTAL A DIREITA E COM PLACA E PARAFUSOS NA FIBULA DISTAL DIREITA. FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA. AUMENTO DE VOLUME IMPORTANTE (+++/4+) EM TOPOGRAFIA DE TERÇO DISTAL DE PERNA DIREITA EM TOPOGRAFIA DE REGIÃO DORSAL DE PE DIREITO COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A DIREITA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/04/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180071772 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2017 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: SINISTRO COM MENOS DE 90 DIAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180071772 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2017 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: TORNOZELO 50%

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Neuz Veiros da Silva
 DATA DO ACIDENTE 24/11/2017 CPF DA VITIMA 837.973.603-63
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR REPRESENTANTE LEGAL () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É Avô
 ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Casa 02
 Nº COMPLEMENTO Resid. Magnólia BAIRRO Amplim
 CIDADE Itapetininga UF SP CEP 13.130-000
 E-MAIL neuzveiros@outlook.com TELEFONE (16) 9.9997-0664

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUIRÚRGICAS E OUTRAS (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () COMPROVANTE DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

PJ CORRETORES DE SEGUROS

09 FEV 2018

ORIGINAL

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUIRÚRGICAS E OUTRAS (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () COMPROVANTE DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () COMPROVANTE DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • 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.DPVATSEGURODOBRASIL.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01-02-18IDENTIDADE 413.872ASSINATURA Neuz Veiros da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 01-02-18NOME Faustina GostyASSINATURA Faustina Gosty

ASSINATURA DPVAT

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () COMPROVANTE DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO