
Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190198162

Vítima: FRANCISCO WAGNER CARDOSO

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO WAGNER CARDOSO

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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190198162

Vítima: FRANCISCO WAGNER CARDOSO

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO WAGNER CARDOSO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: FRANCISCO WAGNER CARDOSO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000072831-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: FRANCISCO WAGNER CARDOSO

Nº Sinistro: 3190198162
FRANCISCO WAGNER CARDOSO

Data do Acidente: 02/12/2018

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 3190198162**.

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

Carta nº 14246169



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: **057.458.643-42** Nome completo da vítima: **FRANCISCO WAGNER CARDOSO**

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

Nome completo: **FRANCISCO WAGNER CARDOSO** CPF: **057.458.643-42**

Profissão: _____ Endereço: **CONJ. PLANALTO URUGUAI - Q = A16** Número: **041** Complemento: **CASA**

Bairro: **VALE QUE TEM** Cidade: **TERESINA** Estado: **PI** CEP: **64.057-400**

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☐ R\$0,00 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 DE SEGUROS

☐ 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: _____ 14 MAR 2019

AGÊNCIA: **2004** CONTA: **00072831** 3

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: **DPVAT**

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou 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-PI 14.03.19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

FRANCISCO WAGNER CARDOSO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

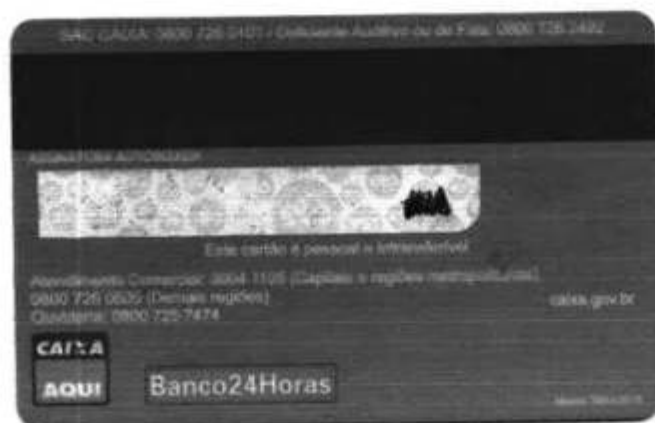
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, 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: 100203.000865/2019-52

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

Data/Hora: 07/03/2019 - 15:18

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

02/12/2018 - 21:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PLANALTO URUGUAI

Endereço

RUA ALVINA FERNANDES, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

PRAÇA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO WAGNER CARDOSO (32 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2648038 SSP-PI

Mãe: MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO

Endereço: RUA ALTINÓPOLIS, Nº 6693

Bairro: PLANALTO URUGUAI

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/CG 125 FAN, COR PRETA, PLACA NHV-7413-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO O PNEU DA MOTO DERRAPOU E A VÍTIMA CAIU, TENDO IDO EM SEGUIDA PARA SUA RESIDÊNCIA; QUE, A VÍTIMA PROCUROU ATENDIMENTO NO DIA, SEGUINTE NA UPA-RENASCENÇA (PRONTUÁRIO 132188); QUE, O REFERIDO ACIDENTE TEM COMO TESTEMUNHA JEFERSON VANDO CARDOSO DA SILVA, RG: 2841770 SSP-PI. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

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

Francisco Wagner Cardoso
FRANCISCO WAGNER CARDOSO (32 ANOS) - 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: **057.458.643-42** Nome completo da vítima: **FRANCISCO WAGNER CARDOSO**

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

Nome completo: **FRANCISCO WAGNER CARDOSO** CPF: **057.458.643-42**

Profissão: _____ Endereço: **CONJ. PLANALTO URUGUAI - Q = A16** Número: **041** Complemento: **CASA**

Bairro: **VALE QUE TEM** Cidade: **TERESINA** Estado: **PI** CEP: **64.057-400**

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☐ R\$0,00 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 DE SEGUROS

☐ 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: _____ 14 MAR 2019

AGÊNCIA: **2004** CONTA: **00072831** 3

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: **DPVAT**

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou 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-PI 14.03.19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

FRANCISCO WAGNER CARDOSO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

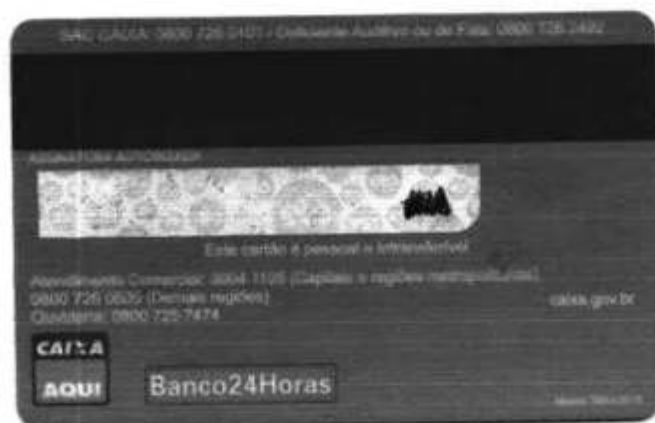
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO WAGNER CARDOSO		Prontuário: 132188	
Mãe: MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO		Pai: FRANCISCO CARDOSO DA SILVA	
End.Resid.: RUA ALTINOPOLIS 6693 - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 31/07/1986	Idade: 32a4m3d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99527-0634
Responsável: O MESMO		CNS: 700009903920304	
Profissão:		Documento: CPF: 017.458.643-42	
G. Instrução: Não informado		R.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 308271	Entrada: 03/12/2018 09:12:10	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Forme Paciente/Acomp:) OUTRAS QUEIXAS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Pode relata acidente de moto ontem, com trauma em pé E. Negs alergia medicamentosa.		Assinatura: MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOUSA COREN 277442 Em: 03/12/2018 09:16:20

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: TRAUMA DOR TORNOZELO E RX TORNOZELO E 2º FRAT TORNOZELO E CD TALA GESSADA BOTA VQ AO HUT		<i>Assinatura:</i> Luis Henrique F. Santos Reis 17:10 PM RGPM 105188193-27 Mai 14435-8 Tel: 3 Setor de Anamnese-Terapia PJ CORRETORA DE SEGUROS 14 MAR 2019 DPVAT
Diagnóstico Inicial: Fratura do maléolo lateral		
Exames Complementares:		

Prescrição Médica: DIPIRONA 2,0 CC AD EV DEXAMETASONA 1 AMP AD EV
--

Motivo da Alta/Encerramento: Encaminhado para Exames	DATA: / /	HORA: :
--	------------------	----------------

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Edmar S. L. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
EDMAR DE SOUZA LYMA JUNIOR
CRM - 2313 Em: 03/12/2018 09:48:35

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: 27/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO WAGNER CARDOSO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000072831-3

Nr. da Autenticação 7249E27D96CEB1DD

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27257474000106 - IE 195965574
Av. Odilon Araújo, 3035, Piquarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.36
20198895100709

MATRICULA 13261584-3 FATURA Nº 150744662
MÊS / ANO 3/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR ANTONIO ATAÍDES VIEIRA DA SILVA
CON PLANA LTO URUGUAI, Q-A16-CASA-041-VALE QUEM
TEM-TERESINA-PI-cep: 64057400

LOCALIZAÇÃO 004-00030-002005 GRUPO 004 NÚMERO DO HIDRÔMETRO

HISTÓRICO DE CONSUMO	1000	SATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TITULARIA
MÊS / ANO	TIPO		
02/2019	Lido	88	12
03/2019	Lido	89	12
12/2018	Lido	89	12
11/2018	Lido	89	12
10/2018	Lido	89	12
09/2018	Lido	89	12

DATA 06/02/2019 LECTURA 0 CONSUMO MÊS (M) 12 M. 1074/012
ANTERIOR 06/02/2019 0 M. 0541.654 0.64
ATUAL 08/03/2019 0 COTING 39.8547.628 2.36

TABELA DE TAXAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL VALOR DE CONSUMO RES. MÊS (M) 8 12 3.2541 65 12 26 6.0000 65 28 999999 1.1688 65	DESCRIÇÃO VALOR VALOR REFERENTE ÁGUA - 39,05 > Residencial-Normal 12,0 m3 39,05

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO RES. MÊS (M)

VENCIMENTO 20/03/2019 TOTAL A PAGAR 39,05

REQUERIMENTOS / ATUALIZAÇÕES

ATENÇÃO: ARQUIVOS ACUSA(M) A DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços conforme Lei Federal nº. 11.448/2007, Art. 40, inciso I e II e 667/05, Art. 61, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES DE CONFORMIDADE	ANÁLISES EM DESEMPENHO	MÉDIA / M3	VALOR PERMITIDO
CLORO LITRE	2851	2845	6	1,47	0,2-5,0 mg/L
CORAPARECE	2852	2531	321	9,52	Inferior a 15
PH	2778	2784	74	6,57	6,00-9,50
TURBIDEZ	2854	2664	190	2,98	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES DE CONFORMIDADE	ANÁLISES EM DESEMPENHO	MÉDIA / M3	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	902	901	1	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	902	902	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO 08/03/2019 HORA DA EMISSÃO 10:57

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
14 MAR 2019
DPVAT

TC 1.36 20198895100709

ÁGUAS DE TERESINA

MATRICULA 13261584-3

FATURA Nº 150744662
MÊS / ANO 3/2019

VENCIMENTO 20/03/2019

VALOR A PAGAR 39,05

62670000000-1 39051535000-2 00201915074-3 46620100104-0



VISO DE DÉBITO ***

dof(s) débito(s) abaixo relacionado(s).

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 03/12/2018 09:46:35

Usuário: EDMAR JUNIOR

Estação: SAIADECFSSO-PI

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO WAGNER CARDOSO	Prontuário:	132188
Mãe:	MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO	Pai:	FRANCISCO CARDOSO DA SILVA
End.Resid.:	RUA ALTINOPOLIS 6693 - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento:	31/07/1986	Idade:	32a4m3d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99527-0634
Responsável:	O MESMO	CNS:	700009903920304
Profissão:		Documento:	CPF: 017.458.643-42
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Ignorado
End.Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	308271	Entrada:	03/12/2018 09:12:10	Convênio:	S U S	Processo:	0301060096
Motivo da Procura	(Forma Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor leve recente	Verde
Breve História Clas. Risco:		
Paciente relata acidente de moto ontem, com trauma em pé E. Mega alergia medicamentosa.	MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOUSA COREN 277442 Em: 03/12/2018 09:16:20	

SSVV:	(Hora: ____:____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> TRAUMA DOR TORNOZELO E RX TORNOZELO E 2º PRAT TORNOZELO E CD TALA GESSADA BOTA VC AO HUT									
LUS HENRIQUE VASCONCELOS REIS 1º TEN PM RGPM 105198193-2/ Mai 14485-9 Insc: 3 Selo do Arquivo Tec. 102									
PJ CORRETORA DE SEGUROS 14 MAR 2019 DPVAT									
Diagnóstico Inicial: Fratura do maléolo lateral									CID: S826
<u>Exames Complementares:</u>									

<u>Prescrição Médica:</u> DIPIRONA 2,0 CC AD EV DEXAMETASONA 1 AMP AD EV
--

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u> Encaminhado para Exames	DATA: / /	HORA: :
--	-----------	---------

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Edmar S. L. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
CRM - 2313 Em: 03/12/2018 09:48:35

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 440431808	Nº REGULAÇÃO: 51587	TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 2323451 - HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: FRANCISCO WAGNER CARDOSO		NASCIMENTO: 31/07/1986

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: TRAUMA DOR, TORNOZELO ESQUERDO RX TORNOZELO ESQUERDO FRATURA TORNOZELO ESQUERDOCD TALA GESSADA BOTA ENCAMINHO PARA HUT			
PROVAS DIAGNÓSTICAS: EXAME FÍSICO RX			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO MALEOLO LATERAL			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DRUGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 03/12/2018 10:06:30	PJ CORRETORA DE SEGUROS 14 MAR 2019 DPVAT
 Dr. Edmar S. L. Junior Ortopedia / Traumatologia CRM-PA 2313 / CRM-MA 3296 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	

P/O *[assinatura]*
 Coordenador de Regulação Hospitalar - HPM
 RGPM 005198193-21 Nat. 14: 95-9
 Cód. 1 Setor de Apoio Técnico



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



1 CORRETORA
DE SEGUROS

14 MAR 2019

DPVAT

Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.

Em, 05/02/19

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

Luís Helder Viçoso Reis 1º TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI
RG: 100170193-1 Matr. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Francisco Wagner Cardozo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 432599/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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

Piauí
GOVERNO DO
GERENCIAMENTO

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

Saúde
Secretaria de Estado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

355396

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2 - CNES 2323451	Atendimento 839024
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	4 - CNES 2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome: FRANCISCO WAGNER CARDOSO	6 - Prontuário: 432589
7 - CNS: 700009903920304	8 - Nascimento: 31/07/1988
9 - Sexo: M	CPF: 017.458.843-42
11 - Mãe: MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO	12 - Fone: 86-9.81937337 / 995270634
13 - Resp: FRANCISCO CARDOSO DA SILVA	14 - Cor: PARDA
15 - Ender.: ALTINOPOLIS 6693 PLANALTO	19 - CEP: 64050-240
16 - Munic: TERESINA	17 - Cod. IBGE: 221100
	18 - UF: PI RG: 28480-38

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Trauma no tornozelo eq

21 - Condições que justificam a internação:

Fract. em

*RG 106188193-2/ MBR 14495-8
Unidade de Internação Hospitalar*

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

Acromion + Kx + Ex físico

23 - Diagnóstico Inicial: **FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA**

24 - Cid Princ.: **S823** 25 - Cid Sec.: _____ 26 - Cid C.Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.: 0408050497	27 - Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOME	Tempo SUS: 3
29 - Clínica: POSTO II	30 - Caráter: 02	Ident.: 1
31 - Documento: CPF	32 - Doc. Med. Solic.: 16778699841	
33 - Nome Profissional / Assistente: LEANDRO PONCE LEAL	34 - Data de Solicitação: 03/12/2018	

*Plano de Cuidado: 33 - 14495-8
Unidade de Internação Hospitalar*

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Búhete:	41 - Série:
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE Empresa:	44 - CBO:
38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.			

45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização: 10/12/18
48 - Documento	49 - Num. Documento

*Luiz Edson dos Santos
Assessor de Atendimento
Unidade de Internação Hospitalar*

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Unidade: JACQUELINE ALMEIDA
<i>Francisco Wagner Cardoso</i>	Consulta Local:
	Consulta SUS:
	Impressão: 14:26:34



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		03/12/2018	
SIM ☐ NÃO ☐		Nome: FRANCISCO WAGNER CARDOSO		Pront.: 132599	
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 31/07/1986 Sexo: M		Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM ☐ NÃO ☐		Atendimento: 839024		Enfermaria: POSTO II	
CLÍNICA		ENF 212 LEITO		Leito: 212	
Médico Assistente		Pai: FRANCISCO CARDOSO DA SILVA			
Permanência		Mãe: MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO			
CLÍNICA		RG: 2648038			
		Residência:			
		ALTINOPOLIS		Bairro: PLANALTO	
		Nr.: 6693		Cidade: TERESINA	
		Cap: 64050240		Telefone: 86 - 981937337	

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

Exame no Hospital

Dr. Michel
Dirceu Arcoverde Res 1º TEN PM
RGPM 135198193-21 Mai 14495-9
Chefe do Setor de Análise Técnica

DIAGNÓSTICO

Provisório: <i>Exame no Hospital</i>	CID S823
Principal: <i>Ortopedia</i>	CID
Procedimento:	
Sintomas e Sinais Principais: <i>Do</i>	Causa Médica
	Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma	<i>Ortopedia</i>	<i>Ortopedia</i>	☐ Nenhuma
☐ Médico		<i>Flávio Macedo</i>	☐ Médico
☐ Cirurgia		<i>Ortopedista</i>	☐ Cirurgia
☒ Médico Cirurgião		<i>CRM 15102</i>	☒ Médico Cirurgião

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação	Data da Alta:	Data de Hospitalização
03/12/2018 18:20:50	/ /	/ /

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado	☐ Fisiologia	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Melhorado	☐ Psiquiatria	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Inalterado	☐ Outros	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação
☐ A Pedido		
☐ Internação p/ Diagnóstico		

THE / /

Assinatura:



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 05/12/18
Nº DO PRONTUÁRIO: 432599 SALA: 07
CÓD DA CIRURGIA: 0408050497

Descrição da Cirurgia:

Raquiocentese, DDA sem do aneurisma,
enxerto, anti refluxo, coarctação, nervo
lateral, L4/L5 e 1º plano e paraflexão,
nervo e coarctação. retirada de feno

Flávio Marcelino S. Lourenço
Ortopedista - Traumatologista
CRM-PI 3102

do médico
Luis Henrique V. S. Rios 1º TEN 1M
RGP/M 05198193-2/ Mat. 14495-9
Chefe do Setor de Apoio Técnico

Cirurgia: Fratura Tumorada

Cirurgião: Dr. Flávio

1º Auxiliar: Adm: Augusto

2º Auxiliar: —

3º Auxiliar: —

Instrumentador: Juss

Circulante: Marcia Rejane
Téc. de Enfermagem

COREN 860657-TE

8390241



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



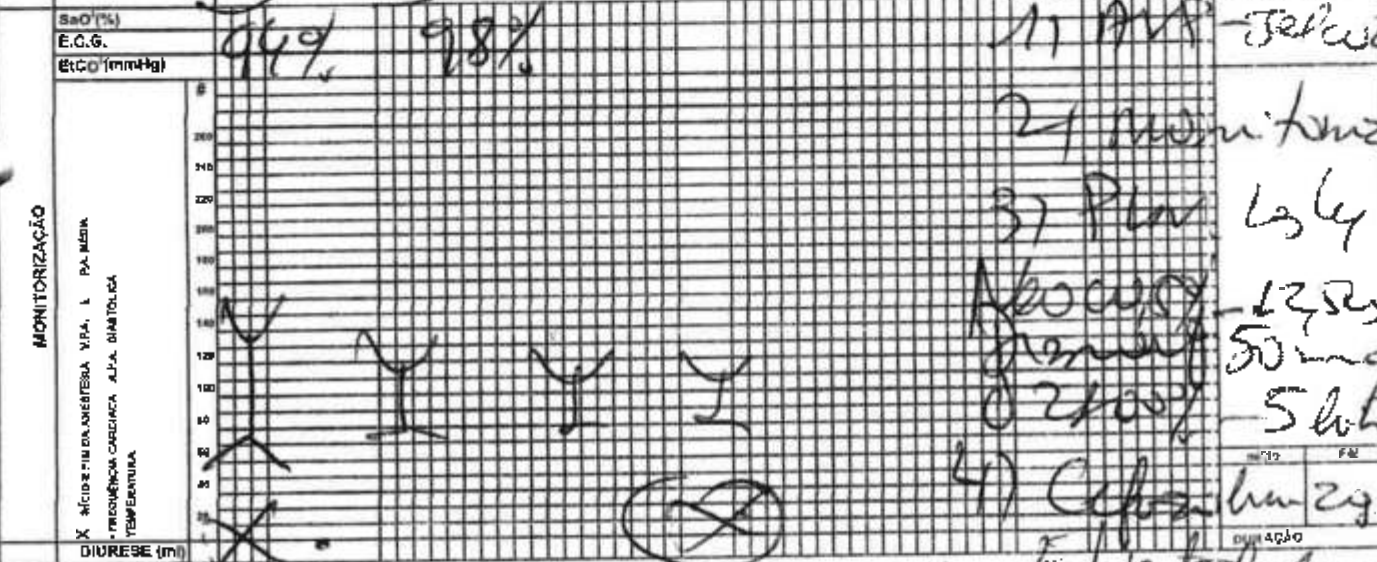
BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 15/12/18
Nº DO PRONTUÁRIO: 932594
CÓD DA CIRURGIA: 2403050992

NOME: Francisco Wayner Carlos de Amorim Sexo: M ASA: 1
PROCEDIMENTO: Frat. temporário Apt/Enf e Laio:
CIRURGIÃO: Flávio AUX: Augusto ANEST.: Nelson ANESTESIA: 542-02
INSTR.: RAVA CIRCO: Marcos INÍCIO: 16:30 FIM: 17:05 SALA: 07
P.A.: 16.0 E.C.: 17.05 H/c: Glicemia: Creatina: Respir:

ASPIR. INALATÓRIA	OXIGENIO	SEQUÊNCIA
1	<u>5 l/min</u>	
2		

REPOSIÇÃO VOLUMICA: 500ml 500ml



Técnica Anestésica: Raquianestesia - PLM 6g

Comentários Adicionais: Monitorização, Clonitaz 2g, agulha 25g

ECG: ☒ ECG ☐ Oximetria ☐ Capnografia ☐ PVC ☐

PAM: ☐ PANI: ☐

Fluxo: 1 l/min Tm: 1 l/min In: 1 l/min Fm: 1 l/min Tempo: 1 l/min

Oxigênio: 1 l/min

N₂O: 1 l/min

Ar. Nêo: 1 l/min

Medicamentos Utilizados			
Adrenalina _____ Amp	Dolantina _____ Amp	Mideazolam _____ Fr	Propofol _____ ml _____ Amp
Água dest. 10ml _____ Amp	Droperidol _____ Amp	Metronidazol _____ Fr	Ranitidina _____ Amp
Atropina _____ Amp	Efortil _____ Amp	Neocaina Paa 0,8% _____ Amp	Quetiapina _____ Amp
Bextra _____ Amp	Efedrina _____ Amp	Narcan _____ Amp	Quetiapina _____ ml
Bromopride _____ Amp	Enflurano _____ ml	Novabup 0,5% _____ Fr	Ramifentanil _____ Fr
Cefazolina 1g _____ Fr	Fentanil _____ ml	Nubain _____ Amp	Ringer-lactado _____ Fr
Cefazolina _____ Fr	Fentanyl (SAC) _____ Amp	Neocaina _____ % _____ V _____ Fr	S. Fisiológico 0,9% _____ ml _____ Fr
Ciprofloxacina _____ Fr	Holotano _____ ml	Neocaina 0,5% isobar _____ Amp	S. Glucosado 1% _____ ml _____ Fr
Clonitaz _____ Amp	Hidrocortisona _____ ml	Neostigmina _____ Amp	Scalp n° _____ Und
Colônia () _____ Fr	Isoflurano _____ ml	Omeprozol _____ Fr	Tracur _____ Amp
Dexametazona _____ Amp	Jelco n° _____ Und	Ondasetron _____ Amp	Ytali _____ Fr
Diazepam _____ Amp	Lidocaina _____ % _____ V _____ Fr	Polio Cal _____ Fr	Tropental _____ Fr
Dimorf _____ mg _____ Amp	Metoclopramida _____ Amp	Pamprônio _____ Amp	
Dipirona _____ Amp	Morfina _____ Fr	Protetid _____ Fr	

Dr. Nelson Ribeiro Soares
Médico Anestesiologista
CRM - PI 1599 / CRM - MA 3749



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 129758
PACIENTE: FRANCISCO WAGNER CARDOSO
NOME DA MÃE: MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO
DATA DO NASCIMENTO: 31/07/1988
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 03/12/2018
DATA DO LAUDO: 12/12/2018
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Fratura oblíqua localizada na região metadiafisária distal da fíbula, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura oblíqua localizada na região metadiafisária distal da fíbula, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

[Assinatura]
LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
RGPM 405198193-27 Mai 14495-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico



LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 130413
PACIENTE: FRANCISCO WAGNER CARDOSO
NOME DA MÃE: MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO
DATA DO NASCIMENTO: 31/07/1986
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 03/12/2018
DATA DO LAUDO: 11/12/2018
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura distal da fíbula esquerda.

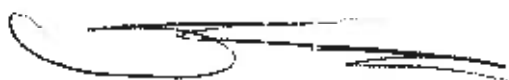
Fixação ortopédica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura óssea.

- Controle -

plz joão
Luiz Henrique Francisco Reis 1º TEN PM
RGPM 106198193-21 Mai 14-95-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico


MARTA MARIA PINHEIRO DE SOUSA
CRM: 1083

COLMANEER CARBON

14



Header: 08:19
Expires: 06/12/2018

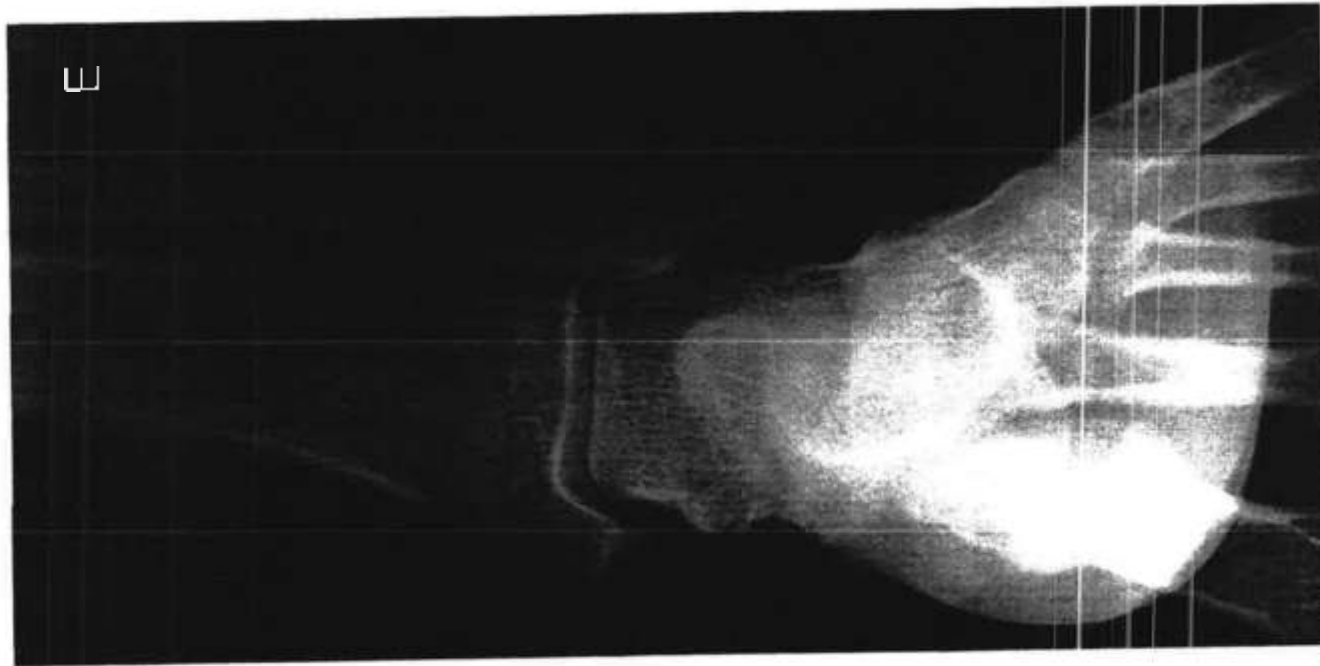
ID: 129753

Paciente: FRANCISCO WAGNER CARDOSO

Idade: 62Y

Sexo: M

HPM



Horas: 08:43



Exat: 105198193-21 Mar '4495-9
Fim: 32 Setor do Adjunto Técnico

URGÊNCIA



CLÍNICA
SÃO LUCAS

CLÍNICA SÃO LUCAS

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

RUA PAISSANDÚ, 2420 CEP 64001-120 TERESINA-PIAUÍ

FONES: (86) 3221-6600 / 3221-7031

Nome do Paciente:

Caio Medeiros

ORTOPEDISTAS

ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIO

Dr. Isáio Vasconcelos
Dr. Gerardo Vasconcelos
Dr. Roberto Wanderlan
Dr. Albert B. Medeiros
Dr. Miguel Reis Filho
Dr. Daniel Modesto

CLÍNICA MÉDICA:

Dr. Isáio Mesquita

PLANTONISTAS:

Dr. Gerardo Vasconcelos
Dr. Isáio Vasconcelos
Dr. Albert B. Medeiros
Dr. José Carlos Mendes
Dr. Bergiel Bezerra
Dr. Roberto Wanderlan
Dr. Elias Barbosa
Dr. Miguel Reis Filho
Dr. Adriel Leão
Dr. Daniel Modesto

Adriel Leão
TEOT 14004
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão e Coluna

17/03/19

Atesto para as devidas
fins que Francisco Wagner
Gordão foi submetido à fratura
cirúrgica de fratura do malleolo lateral
após acidente de trânsito após reabilitação
evolu com dor
limitada funcional
de 50% (cinquenta por cento) de
retorno ao trabalho.

VOLTANDO À CONSULTA, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 ABR 2019

DPVAT

DA 17.00 - 18.48
DATA: 02-12-18

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

3

1085462456

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS

1085462456

FRANCISCO WAGNER CARDOSO

DOC. IDENTIDADE (CPF EMISSOR)
2446038 282 PT

CPF
017.459.883-42

DATA NASCIMENTO
31/07/1986

PAIS
BRASIL

FRANCISCO CARDOSO DA
SILVA

MARIA DO SOCORRO
ARAUJO CARDOSO

PERMISSAO
A

ACC
A

CATIA
A

Nº REGISTRO
04643181990

VALIDADE
29/07/2019

HABILITACAO
14/05/2009

Observações

Francisco Wagner Cardoso

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSAO
17/03/2019

00198152905
PT315389626

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-PI (PIAUI)

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 MAR 2019

DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Françisco Marques CardosoDATA DO ACIDENTE 08.10.2018 CPF DA VITIMA 032.458.643-42

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COMA VITIMA É Françisco Marques CardosoENDEREÇO DO PORTADOR BOA VISTA, PLÁVELTO URBANIZ Q:116Nº 041 COMPLEMENTO CASA BAIRRO Vale Pólen TeuCIDADE TERESINA UF PI CEP 64.057-400E-MAIL _____ TELEFONE (86) 99443-3468

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 VITIMA 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)
- ☐ LAUDO DO INEL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INEL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INEL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA 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 SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - RESBORGISO 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, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14.03.19IDENTIDADE 2648038/559/85

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DO SEGURO

PJ CORRETORA

DATA 14 MAR 2019

NOME _____

ASSINATURA _____

Eco Girls

54115150
3190/198162

Eu, FRANCISCO WAGNER CARDOSO RG: 2648038 SSP/PE e
CPF: 017.458.643-42,

ENDEREÇO: CONJUNTO PLANALTO URUGUAI, Q-A16 - CASA-041
BAIRRO: VALE QUEM TEM - TERESINA-PE CEP: 64.057-400

GOSTARIA DE PEDIR O REANÁLISE DO MEU PROCESSO DE
INVALIDEZ. QUE O VALOR QUE RECEBI É MUITO POUCO PELA
LESÃO QUE TENHO, NÃO CONSIGO REALIZAR MINHAS ATIVIDADES
DE TRABALHO. POR CONTA DAS FORTES DORES QUE
SINTO NO MEU PÉ ESQUERDO, AINDA INCHA MUITO
E TAMBÉM NÃO TENHO ESTABILIDADE NO ALTO PÉ, AINDA
CAMINHO COM O AUXÍLIO DE MOLETAS. PEÇO QUE A
SEGURADORA LUDER ME MANDE PARA UMA PERÍCIA
MÉDICA, PARA QUE A PERÍCIA CONSTATE A LESÃO
QUE TENHO EM PÉ ESQUERDO. AGRADEÇO A
SEGURADORA LUDER, POR RECEBER O MEU PEDIDO
DE REANÁLISE.

TERESINA-PE 15.04.2019



Francisco Wagner Cardoso

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190198162 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO WAGNER CARDOSO **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: 7 9 11

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190198162 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO WAGNER CARDOSO **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086868/19

Vítima: FRANCISCO WAGNER CARDOSO

CPF: 017.458.643-42

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO WAGNER
CARDOSO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO WAGNER CARDOSO : 017.458.643-42

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: 14/03/2019
Nome: FRANCISCO WAGNER CARDOSO
CPF: 017.458.643-42

FRANCISCO WAGNER CARDOSO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL