

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 733.671.173-15 4 - Nome completo da vítima: João da Cruz Rocha

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

5 - Nome completo: João da Cruz Rocha 6 - CPF: 733.671.173-15

7 - Profissão: mototaxi 8 - Endereço: Rua Raimundo Renato Marques 2619 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: alto Alegre 12 - Cidade: Teresina- 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.560

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0029 03 CONTA: 28 0021 0 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34
Impressão
capital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina, Piauí 04.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003333/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/01/2020 14:13 Data/Hora Fim: 31/01/2020 14:21
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 11/11/2019 04:00

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Parque Brasil
Logradouro: AV. CONQUISTA FRANCISCO NOGUEIRA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO DA CRUZ ROCHA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 16/05/1975 Idade: 44 anos
Naturalidade: PI - Alto Longá Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Dionizia Maria da Rocha

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 733.671.173-15

Endereço

Município: Teresina - PI Nº: 2637
Logradouro: RUA RAIMUNDO NONATO MESQUITA
Bairro: ALTO ALEGRE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário 733.671.173-15
Placa OEG9976	Renavam 00585211744
Número do Motor JC41E1D742683	Número do Chassi 9C2JC4110DR742683
Ano/Modelo Fabricação 2013/2013	Cor AMARELA
UF Veículo Piauí	Município Veículo Teresina
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 23/04/2014
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
João da Cruz Rocha	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 31/01/2020 14:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003333/2020

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA SUA MOTO EM ENDEREÇO CITADO, QUANDO UM ANIMAL PASSOU NA FRENTE DE SUA MOTO, ONDE O MESMO CAIU E FOI LESIONADO, SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DO BUENOS AIRES, HUT, HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR, FATO TESTEMUNHADO POR YGERLAN COSTA DA SILVA, CPF 070083023-55. DECLARAÇÕES PRESTADA PELA VITIMA.

ASSINATURAS

João da Cruz Rocha

João da Cruz Rocha
(Comunicante / Vítima)

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
escrivão
Matrícula 0097516
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ou) sou(su)a responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Conivência do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 733.671.173-15 4 - Nome completo da vítima: João da Cruz Rocha

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

5 - Nome completo: João da Cruz Rocha 6 - CPF: 733.671.173-15
7 - Profissão: mototaxi 8 - Endereço: Rua Raimundo Renato Moisés 2619 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: alto Alegre 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.560
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 03 CONTA: 28 0021 0

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina, Piauí 04.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES**

Rua Miguel Alves S/N Buenos Aires - Fone: 86 3215-9176

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 17.577.205/0001-37

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 11/11/2019 04:48:00

(User: DINHA)

(Estação: GERENCIADENFER)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOAO DA CRUZ ROCHA		Prontuário: 19196
Mãe: DIONISIA MARIA DA ROCHA	Pai: PEDRO B. DA ROCHA	
End.Resid.: RUA RAIMUNDO NONATO MESQUITA 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 16/05/1975	Idade: 44a5m26d	Sexo: Masculino Fone: 86-8892-0978
Responsável: O PRÓPRIO		CNS: 898002345618576
Profissão: COMERCIANTE		Documento: Reg.Nasc:
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 205603	Entrada: 11/11/2019 04:47:13	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura			
(Conforme Paciente/Acomp): QUEDA DE MOTO			
Condução: NÃO INFORMADO			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

SSVV:

(Hora: ____:____)

Peso:	Kg	Altura:	M	IMC:	Kg/m2	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg
--------------	-----------	----------------	----------	-------------	--------------	---------------	------------	-----------------	-------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

- Paciente vítima de queda de moto
- Refere dor intensa

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMEX/HUT
Confere com Original

Diagnóstico Inicial:**CID:****Exames Complementares:**

- Rx de Lombar + Rx de ombro

Prescrição Médica:

- ① Dipirona, 1 ampola, EV, agora
- ② Voltaren, 1 ampola, IM, agora

Motivo da Alta/Encerramento:**DATA:** / /**HORA:** : :

Assinatura Paciente ou Responsável

RA 2-X REALIZADO
DATA 11/11/19 HORA
TÉCNICO:

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27237474/000106 - L8 105965574
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

1.44.481
2020020102748

MATRICULA 13428373-2 FATURA Nº 193198
MÊS/ANO 2/2020

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA-PI - CEP: 64018650

LOCALIZAÇÃO
001-00041-005270

GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO	LEDO	FATURADO
MÊS/ANO TIPO		
01/2020 L100	01	10
02/2020 L100	02	10
03/2020 L100	01	10
04/2020 L100	02	10
05/2020 L100	01	10
06/2020 L100	02	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 02/01/2020 154
ATUAL 03/02/2020 156

CONSUMO MÊS M3 10
LIT 12,7410012
PIS/PASEP 04,7941 - 65% = 1,39
COPRIS 04,7947 - 65% = 5,44

TABELA DE TARIFAS
RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)
0 10 3,9560 00
10 25 5,7120 00
25 999999 9,8610 00

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 30,66		
> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66
VALOR DE ESGOTO - 24,53		
> Residencial-Normal	10,0 m3	24,53
JUROS POR ATRASO	001/001	0,11
JUROS POR ATRASO	001/001	0,68
MULTA POR ATRASO	001/001	1,15
MULTA POR ATRASO	001/001	1,10
RELIACAO POR CORTE SIMPLES	001/001	26,56

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

VENCIMENTO 14/02/2020 TOTAL A PAGAR 84,79

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOTIFICAÇÃO
A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

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 8.987/93, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3003	2991	12	1,42	0,2-5,0 mg/l
COR APARENTE	3336	3285	51	4,59	Inferior a 15
PH	2415	2376	39	6,76	6,00-9,50
TURBIDEZ	3336	3282	54	1,23	Inferior a 5
COLORIMETROS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COLI	1184	1184	0	Ausente	Ausente
	1184	1184	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 03/02/2020 HORA DA EMISSÃO: 10:27

1.44.481 2020020102748

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRICULA 13428373-2

FATURA Nº 193198
MÊS/ANO 2/2020

VENCIMENTO 14/02/2020

VALOR A PAGAR 84,79

82660000000-2 84791535000-7 00202000019-2 31980100504-6



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu

Keylly Moura de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ

839.502.303-00

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João da Cruz Rocha

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 733.671.173-15

do sinistro de DPVAT cobertura

Involuntária

da Vítima

João da Cruz Rocha

inscrito (a) no CPF sob o Nº

733.671.173-15

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço:

Rua: 24 de janeiro

Número:

554

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Teresina

Estado:

PI

CEP:

64.000.902

E-mail:

Tel.(DDD):

(86) 994729541

Local e Data:

Teresina - Piau 31.02.2020

Keylly Moura de Oliveira

Assinatura do Declarante

**HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES**

Rua Miguel Alves S/N Buenos Aires - Fone: 86 3215-9176

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 17.577.205/0001-37

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 11/11/2019 04:48:00

(User: DINHA)

(Estação: GERENCIADENTER)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOAO DA CRUZ ROCHA		Prontuário: 19196
Mãe: DIONISIA MARIA DA ROCHA	Pai: PEDRO B. DA ROCHA	
End.Resid.: RUA RAIMUNDO NONATO MESQUITA 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 16/05/1975	Idade: 44a5m26d	Sexo: Masculino Fone: 86-8892-0978
Responsável: O PRÓPRIO		CNS: 898002345618576
Profissão: COMERCIANTE		Documento: Reg.Nasc:
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 205603	Entrada: 11/11/2019 04:47:13	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): QUEDA DE MOTO			
Condução: NÃO INFORMADO			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

SSVV: (Hora: ____:____)

Peso: Kg Altura: M IMC: Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

- Paciente vítima de queda de moto
- Refere dor interna

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMEX/SHUT
Confere com Original

Diagnóstico Inicial:**CID:****Exames Complementares:**

- Rx de tórax + Rx de ombro

Prescrição Médica:

- ① Dipirona, 1 ampola, EV, agora
- ② Voltaren, 1 ampola, IM, agora

RA 2x REALIZADO
DATA 11/11/19 HORA
TÉCNICO: [assinatura]

Motivo da Alta/Encerramento:**DATA:** / /**HORA:** : :

Assinatura Paciente ou Responsável



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 829951920	Nº REGULAÇÃO: 100109	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: JOAO DA CRUZ ROCHA		NASCIMENTO: 16/05/1975

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

11/11/2019 05:31:37 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO AO RAO X DE OMBRO ESQUERDO FRATURAS EM CLAVICULA - DUAS E EM ESCAPULA - UMA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

RX DE TX E OMBRO ESQ

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA CINTURA ESCAPULAR PARTE NAO ESPECIFICADA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x70(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 82bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 15rpm

GLICEMIA: 92mg/dL **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 11/11/2019 06:01:52

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: João da Cruz Rocha

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 162.524

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".

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 058234
SAME - HUT
Confere com Original
de

**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

ORTOPEDIA
NEURO
LOCK!

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

Imp: 11/11/2019 09:02:10
(User: GILBERTO)
(Estação: CONSULPA3)

Nome: JOAO DA CRUZ ROCHA		Prontuário: 162524	
Mãe: DIONIZIA MARIA DA ROCHA		Pai: PEDRO PAULO DA ROCHA	
End.Resid.: RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 16/05/1975	Idade: 44a5m26d	Sexo: Masculino	Fone: 86-98892-0978
Responsável: O MESMO		CNS: 898002345618576	
Profissão: COMERCIANTE		Documento: RG: 1681928 - PI	
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Casado(a)	
DADOS DO ATENDIMENTO:			
Código: 751179	Entrada: 11/11/2019 08:48:06	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO E REGIAO TORACICA. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. MULTIPLAS ESCORIAÇÕES. ENCAMINHADO DO HOSPITAL DO BUENOS AIRES.		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 11/11/2019 08:53:59

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

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:	
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICA HÁ APROXIMADAMENTE 4 HORAS, COM USO DE CAPACETE, INGESTA ALCOOLICA, CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO, FÁSICO E EUPNEICO. REFERE DOR EM CLAVÍCULA E TORAX ESQUERDOS.	
A) VIAS AEREAS PERVIAS, FÁSICA SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA	
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE;	
C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, Pelve estável;	
D) PUPILAS ISOCORICAS E POUCO FOTORREAGENTES.	
E) ESCORIAÇÕES EM OMBRO, ANTEBRAÇO ESQUERDOS E FLANCO ESQUERDO	
Diagnóstico Inicial: ?	CID:

Exames Complementares:
(1357991) - OMBRO ESQUERDO
(1357992) - CLAVICULA ESQUERDA
(1357993) - TORAX PA

Prescrição Médica:
Solicito TC de crânio.
Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAME HUT Confere original
Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto)
DATA:

Assinatura Paciente ou Responsável
DATA:

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: 86201/PI 8586/MA
Em: 11/11/2019 09:02:07

FICHA DE ADMISSÃO



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

Prontuario:

162524

Internação:

251551

Nome: **JOAO DA CRUZ ROCHA**

End. Resid.: RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 16/05/1975	Idade: 44a5m26d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: COMERCIANTE
Admissão: 28/10/2011	G.Instrução: Fundamental	Fone: 86-98892-0978	Cartão SUS (CNS): 898002345618576	Procedência: TERESINA

Pai: PEDRO PAULO DA ROCHA

Mãe: DIONIZIA MARIA DA ROCHA

Cônjuge:

Responsável:

End.Responsável: -

Documento: RG: 1681928 - PI

Internou-se neste Hospital: () Sim () Não Internou Noutros Hospitais () Sim () Não

História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA NO OMBRO DIREITO
DOR EDEMA LOCAL E IMPOTENCIA FUNCIONAL
RX FRATURA CLAVICULA E ESCAPULA OMBRO FLUTUANTE

DIAGNÓSTICO:

Provisório: Fratura da clavícula	C I D: S420
Principal:	C I D:
Intercorrência:	
Sintomas e Sinais Principais:	Causa Mortis: Hist.Patológico:

TRATAMENTO:

TIPO:	TERAPEUTICA MEDICA:	OPERAÇÃO:	EFICACIA:
() Nenhum		Principal:	() Eficaz
() Médico			() Ineficaz
() Cirúrgico		Acessoria:	() Prejudicial
() Méd.Cirug.			() Não Avaliado

DURAÇÃO:

Data Internação:	Hora:	Data Alta:	Hora:	Data Hospitalização:
------------------	-------	------------	-------	----------------------

ALTA SAÍDA:

TRANSFERÊNCIA:

ÓBITO:

() Curado	() A Pedido	() Por Indisciplina	() Tisiologia	() <= 48 H, estado agônico ou pré-agônico
() Melhorado	() Int.P/Diagnóstico	() Evasão	() Psiquiatria	() <= 48 H, SEM estado agônico ou pré-ag
() Inalterado	() Decisão Médica	() P.Ambulatório	() Outros	() Após 48 horas de Internação

Em: 11/11/2019

Ass. Médico



Estado do Piauí:
Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde - FMS

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

Solicitação de Transferência

Ficha para Solicitação de Regulação/Transferência

<u>Especialidade Requerida:</u> ORTOPEDISTA			<u>Nº Cartão SUS:</u> 898002345618576	
<u>Nome do paciente</u> JOAO DA CRUZ ROCHA (Prontuário: 162524)			<u>Raça/Cor:</u>	
<u>Nascimento:</u> 18/05/1975	<u>Idade:</u> 44a5m27d	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>RG/CPF:</u> RG: 1681928 - PI	
<u>Nome da Mãe:</u> DIONIZIA MARIA DA ROCHA				
<u>Endereço:</u> RUA NONATO MESQUITA, 2637			<u>Bairro:</u> ALTO ALEGRE	
<u>Complemento:</u>	<u>CEP:</u> 64000-010	<u>Município:</u> TERESINA	<u>UF:</u> PI	<u>Fones:</u> 86-98892-0978

<u>Sinais Vitais:</u>	<u>PA:</u>	<u>Saturação:</u>	<u>Glicemia:</u>	<u>Temper.:</u>	<u>FC:</u>	<u>FR:</u>	<u>Uso O2</u>	<u>Niv. Consc.</u>	<u>Clas. Risco:</u>
<u>CID:</u> s420	12070	100	80	37.	74	18	Não	15	Urgente

Quadro Clínico:

Acidente de moto com trauma em ombro D. Dor e limitação funcional de MSD

Exames/Resultados:

Rx de ombro D com fratura de clavícula D

Diagnóstico Complementar:

Fratura de Clavícula D

Tratamento Realizado:

Imobilização.

Motivo Transferência:

HUT superlotado.

Data Sol.: 12/11/2019 08:48:37

H P V 1

Jose Ferreira Neto
Gerente Médico do Pronto Atendimento
CRM 1558
CPF: 090.897.371-88 / Ass. Prof. Saúde.

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Eu _____, RG _____, responsável circunstancial pelo (a) Paciente: JOAO DA CRUZ ROCHA, Nascimento: 16/05/1975. ID de Regulação Autorizado: 100109, autorizo a CENTRAL DE REGULACAO DE TERESINA - Transporte, para realizar o transporte do referido paciente.

Motivo do Chamado:

AVALIACAO CLINICA/EXAME - HOSPITAL

Estabelecimento de Origem:

UNIDADE MISTA DE SAUDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES

Estabelecimento de Destino:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

Assinatura do responsável

Testemunha: _____ RG: _____

Médico responsável: _____ CRM: _____

Dr. Aderson Wagner Moura
Gastroenterologia e Hepatologia
Cirurgia Geral e Endoscopia
CRM/Pis: 4115

4115

Data/Hora Solicitada: 11/11/2019 06:31:16

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

João da Cruz Rocha

9:45 22.11.19

DN: 16.05.1975

Posto: 02 Extra

1. 02.11.1975

01/10

V4

01/10

2.

01/10

V5

01/10

3.

01/10

V6

01/10

4.

01/10

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 260999
	AIH: 2219102362059

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
898002345618576	JOAO DA CRUZ ROCHA	16/05/1975	162524	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	86988920978	DIONIZIA MARIA DA ROCHA	MARINETE GOMES	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
64009560	RUA RAIMUNDO NONATO MESQUITA	2637		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
ALTO ALEGRE		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA	0308010019

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA	0408010150		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA	0308010019		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR NIVEL NAO ESPECIFICADO	T111		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA NO OMBRO DIREITADOR EDEMA LOCAL E IMPOTENCIA FUNCIONALRX FRATURA CLAVICULA E ESCAPULA OMBRO FLUTUANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201560410270004	22/11/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
980016000327787		22/11/2019 09:38:08

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 050234
SAMEC HUT
Confere Original



82

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

0708
TMM

260998

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**251551****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **JOAO DA CRUZ ROCHA**

6 - Prontuário: 162524

7-CNS: **898002345618576**8-Nascimento: **16/05/1975**9-Sexo: **Masculino**RG: **1681928 - PI**11-Mãe: **DIONIZIA MARIA DA ROCHA**12-Fone: **86-98892-0978**13-Resp: **(O MESMO)**14-Cor: **Sem Informação**15-Ende: **RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE - CEP: 64000-010**16-Munic: **TERESINA**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010****JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

**PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA NO OMBRO DIREITO
DOR EDEMA LOCAL E IMPOTENCIA FUNCIONAL
RX FRATURA CLAVICULA E ESCAPULA OMBRO FLUTUANTE****Tereza Raquel Pereira de Sousa Lopes**
Matrícula: 059234
SAME/HUT
Confere com Original

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

EXAME CLINICO E RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da clavícula

24-CID Prim:

S420

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408010150

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02**01**

CPF

776.327.023-34

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

34-Data Solicitação:

11/11/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054 / RQE 2425**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No.Bilhete:

43-CNAE Empresa:

41-Série:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (CAIO VAZ)

Consulta Local: 751179

Consulta SUS:

Impressão: 11/11/2019 11:07:24

X. Maria Ant. Gomes dos Santos

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 260999
	AIH: 2219102362059
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 898002345618576	NOME DO PACIENTE JOAO DA CRUZ ROCHA	NASCIMENTO 16/05/1975	SEXO M	PRONTUÁRIO 162524
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 86988920978	NOME DA MÃE DIONIZIA MARIA DA ROCHA	RESPONSÁVEL MARINETE GOMES	
CEP 64009560	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA RAIMUNDO NONATO MESQUITA			NUMERO / LOTE 2637
BAIRRO ALTO ALEGRE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA NO OMBRO DIREITODOR EDEMA LOCAL E IMPOTENCIA FUNCIONALRX FRATURA CLAVICULA E ESCAPULA OMBRO FLUTUANTE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLINICO E RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S420 - FRATURA DA CLAVICULA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO CPF: 77632702334 CRM:
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 11/11/2019
DATA ADMISSÃO 11/11/2019 08:48	DATA ALTA 15/11/2019 12:00
MOTIVO ALTA TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO	

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)) TANIA MOREIRA AREIA LEAO CPF: 47061359315 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 11/11/2019 11:38:05
	CPF CRM DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Teresa Raquel Pomiro de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMB - HUT
Conferido Original

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: João de Cruz Roche Nº PRONT: 162524 Nº LAUDO: 251551

- ☐ ALTA HOSPITALAR
- ☐ PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
- ☐ PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- ☐ PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- ☐ PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
- ☐ PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
- ☒ TRANSFERÊNCIA
- ☐ EVASÃO
- ☐ ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA: 15.11.19

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 069234
SAME - HUT
Confere Original


Sergio Luiz Teixeira
CRM - 3151
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 75970 - Em: (15/11/2019)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
251551	162524	JOAO DA CRUZ ROCHA	16/05/1975	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 02	JOSE FERREIRA NETO			
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:								
Hora: 06:50		448... Clavícula D								
Seq.:	Descrição-Apresentação-observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE Nutricional 06/22									14:14h Pot. refinado
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SERO GLICOSADO"		1,00	Frasco	EV	6/6h				40% Administrado
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		Dipirona ev. 09:00h
3	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL		1,00	Ampola	EV	8/8h		SF 0,9%		
4	PARITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.		1,00	Ampola	EV	12/12h				

Observações Gerais:

Aguardia HPW

João Ferreira Neto
CNPJ: 1554
Paciente

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

18 Temper
Pac HPW

OME: João da Cruz Rocha PRONTUÁRIO: _____ IDADE: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____ DATA: 15/11/19

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS

SINAIS VITAIS							ENTRADAS			SAÍDAS	
HORA	T	P	R	PA	SAT. O	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
12		99		148							
18											
24											
06											

Teresa Raquel Pereira da Silva Lopes
Matriculada: 059234
SAMG - HUT
Conferência Original

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:		CONTROLE:	
PERCEÇÃO SENSORIAL (Limitação): - Totalmente/ 2-Muito/ 3-Levemente/ 4-Nenhuma	4	ALTO RISCO	AR: <12		
UMIDADE (Moistado): - Completamente/ 2-Muito/ 3-ocasionalmente/ 4-Nenhuma	4	MEDIO RISCO	MR: 12 a 14		
ATIVIDADE: - Acamado/ 2-Cadeira rodas/ 3- Andar/Ocasionalmente Andar/Frequentemente	3	BAIXO RISCO	BR: > 14		
MOBILIDADE (Limitação): - Totalmente/ 2-Muito/ 3-Levemente/ 4-Nenhuma	4	CLASSE 2	BR		
NUTRIÇÃO: - Muito pobre 2-Inadequada 3-Adequada 4-Excelente	3				
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO: - Problema 2-Problema Potencial 3-Nenhuma/Problema	3	TOTAL: 21			

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:	PONTOS:	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0	0	SEM RISCO SR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0	0	BAIXO RISCO BR: 25-30
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobilidade: Parede - 30 / Muletas (Bergsteiner) - 15 / Nenhum/Acamado/Ausência de Profissional de Saúde - 0	20	ALTO RISCO AR: > 31
4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM - 20 NÃO - 0	0	CLASSIFICAÇÃO: CR
5. MARCHA: Comprometida / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas - 0	0	
6. ESTADO MENTAL: Superestimada/capacidade / Esquecimento - 15 / Orientado / Capacidade a sua capacidade / Limitado - 0	0	
TOTAL:	20	

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Estado Mental: ☒ Consciente ☒ Orientado () Torporoso Glasgow: _____

2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Parestesia () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor

3. Respiração: ☒ Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () Sem O₂ () Como: _____

4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () 2T () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros: _____

5. Dieta: ☒ VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()

6. Abdômen: ☒ Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros: _____

7. Pele e mucosas: ☒ Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integra () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas () Escoriações () LPPs

8. Hidratação: () AVP ☒ MSD () AVC () Outros: _____

9. Drenos: () Sutor () Torácico () DVE () Kher () Penrose () Outros: _____

10. Diurese: ☒ Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros: _____

11. Evacuações: ☒ Presentes () Constipado dias () Diarréia () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros: _____

12. Alergias ☒ Não () Sim- Quais: _____

Mª Inês Maria Lemos e Silva
Enfermeira
COREN: 149472

15:16h Ref. transferido p/ HPN

Mª Inês Maria Lemos e Silva
Enfermeira
COREN: 149472



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

PRESCRIÇÃO

Nº.: 75864 - Em: (14/11/2019)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
251551	162524	JOAO DA CRUZ ROCHA	16/05/1975	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 02	JOSE FERREIRA NETO			
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:								
Hora:		Alergias:								
07:00		Nega								
		44a... Clavícula D								
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE,									
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO"		1,00	Frasco	EV	6/6h				18h - Realizado novo
2	DIPYRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Aspola	EV	6/6h				ANP com gels no so
3	TETANADOL 100MG/2ML INJETÁVEL EM 100ml SF0,9% SOS		1,00	Aspola	EV	8/8h				em USD. Repre dor,
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.		1,00	Aspola	EV	12/12h				administrado item

COREN-PI 373 714

Observações Gerais: Prop. OK
Solicitado transparência para HIM

Ob-medicações balanceadas
sem apito 52

JOSE FERREIRA NETO
Gente Médico do Pronto Atendimento
CRM 15533
CPT 056 897 373-83

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME/HUT
Confere Original

EVOLUÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

OME: JOÃO DA CRUZ ROCHA PRONTUÁRIO: 44 ENFERMARIA/LEITO: Extra IDADE: 44 DATA: 14 / 11 / 2019

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: (X) MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS

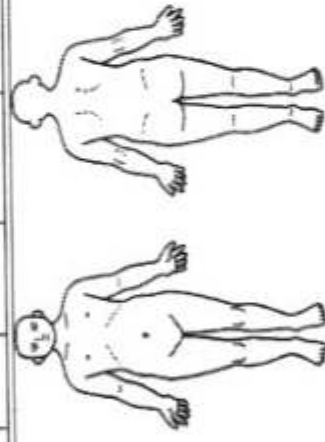
SINAIS VITAIS							ENTRADAS			SAÍDAS	
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
10:50	36,2	96	16	130x90							
12											
18		100		128/81							
24											
06											

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 089234
SAME - HUT
Confere com Original

MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"



ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:	CONTROLE:
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):	1. Totalmente/ 2. Muito/ 3. Levemente/ 4. Nenhuma	4	ALTO RISCO AR: <12
UMIDADE (Molhado):	1. Completamente/ 2. Muito/ 3. ocasionalmente/ 4. Nenhum	4	
ATIVIDADE:	1. Acamado/ 2. Cadeira rodas/ 3. Andar ocasionalmente/ 4. Andar frequentemente	4	MEDIO RISCO MR: 12 a 14
MOBILIDADE (Limitação):	1. Totalmente/ 2. Muito/ 3. Levemente/ 4. Nenhuma	4	
NUTRIÇÃO:	1. Muito pobre/ 2. Inadequada/ 3. Adequada/ 4. Excelente	3	BAIXO RISCO BR: > 14
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO:	1. Problema/ 2. Problema Potencial/ 3. Nenhum Problema	3	
TOTAL:		22	CLASSIFICAÇÃO

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:

1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0	0	SEMI RISCO SR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0	0	
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobilidade / Parede - 30 / Muletas / Bengala / Andador - 15 / Nenhum / Acamado / Ausência Profissional / Saúde - 0	0	BAIXO RISCO BR: 25-60
4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM - 20 NÃO - 0	0	
5. MARCHA: Comprometida / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sem alteração / Iado, cadeira de rodas - 0	0	ALTO RISCO AR: > 51
6. ESTADO MENTAL:	0	

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Estado Mental: (X) Consciente () Orientado () Torporoso Glasgow: ()	
2. Locomoção: (X) Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação ()	
Parestesia: () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor	
3. Respiração: (X) Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT (X) Sem O ₂ () Com O ₂ :	
4. Sistema Cardiovascular: () BNR (X) BNF (X) 2T (X) Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:	
5. Dieta: (X) VO () SNE/ SNG () SOE/ SOG () GTT () NPT () Dieta zero (X) Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()	
6. Abdômen: () Plano () Globoso (X) Distendido () Flácido () Rígido/ Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:	
7. Pele e mucosas: (X) Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integro () Edema/ Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas (X) Escoriações () LPPs () LPPs () Outros:	
8. Hidratação: (X) AVP (X) 5D () AVC () Outros:	
9. Drenos: () Suctor () Torácico () DVE () Khar () Penrose () Outros:	
10. Diurese: (X) Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria (X) Normal () Reduzida () Hematuria () Outros:	
11. Evacuações: (X) Presentes () Constipado dias () Diarréia () Melena () Colústomia () Jileostomia () Outros:	
12. Alergias: (X) Não () Sim- Quais: <u>Nega</u>	

Às 10:50 paciente segue aguçando transição para o HPN, conversando, pintado, desmuntado e com xilio, novo e superior satisfatório. Segue sob as unidades da equipe de enfermagem. Atend. de enfermagem: Anaísio Rafael Enfermeira 533635

19:22h Pac. consciente, orientado, ps. sico. Supríveis. Acaba queda. Pm. nse espontânea. ps. 128/81 HPN

Enfermeira
COREN: 14941



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ ROCHA** (Prontuário: 162524)
Endereço: RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/05/1975 Idade: 44a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 751179
Requisição: 1023060 Solicitação: 11/11/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1357991 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 11/11/2019

OMBRO ESQUERDO

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

- Fratura cominutiva no corpo lateral da escápula esquerda.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Conferido com 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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ ROCHA** (Prontuário: 162524)
 Endereço: RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/05/1975 Idade: 44a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 751179
 Requisição: 1023060 Solicitação: 11/11/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
 Controle: 1357992 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 11/11/2019

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico da clavicula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio da clavicula esquerda.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Conferido com 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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ ROCHA** (Prontuário: 162524)
 Endereço: RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/05/1975 Idade: 44a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 751179
 Requisição: 1023060 Solicitação: 11/11/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
 Controle: 1357993 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 11/11/2019

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

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

OBS.:

- FRATURA COMINUTA NO CORPO LATERAL DA ESCÁPULA ESQUERDA.
- FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Conferir com 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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ ROCHA** (Prontuário: 162524)
 Endereço: RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 16/05/1975 Idade: 44a5m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 751179
 Requisição: 1023061 Solicitação: 11/11/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
 Controle: 1357994 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 11/11/2019

US DE ABDOME TOTAL

Estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Pequena quantidade de líquido livre no espaço de Morison e na goteira parieto-cólica à direita.
- Fígado: com morfologia e dimensões normais e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: integros.
- Pâncreas e Baço com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares integros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Pequena quantidade de líquido livre no espaço de Morison e na goteira parieto-cólica à direita.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(LEANDRO

TERESINA - PI 11/11/2019

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SANE - HUT
 Conferido com Original

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

**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: **JOAO DA CRUZ ROCHA** (Prontuário: 162524)
Endereço: RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/05/1975 Idade: 44a5m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 751179
Requisição: 1023065 Solicitação: 11/11/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1358005 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 11/11/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 11/11/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1541167724

PROIBIDO PLASTIFICAR
1541167724

NOME JOAO DA CRUZ ROCHA	
DOC. IDENTIDADE / CRO. EMISSORA 1681928 SSP PI	
CPF 733.671.173-15	DATA NASCIMENTO 16/05/1975
FUNÇÃO PEDRO PAULO DA ROCHA DIONIEA MARIA DA ROCHA	
PERMISSÃO B	ACC B
CATIMB A2	
Nº REGISTRO 02592084158	VALIDADE 22/09/2022
PRABEITACAO 15/09/2002	
OBSERVAÇÕES ZAR	
ASSINATURA DO PORTADOR João da Cruz Rocha	
LOCAL TERESINA, PI	DATA DE EMISSÃO 06/10/2017
ASSINATURA DO TITULAR MAYLIS	11418586234 PI319545733

PIAUI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




0601401

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.2.2.129

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO
18/12/1979

NATURALIDADE
BARÃO DE GRAJAÚ-MA

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 39751 V 53A F 097
EXP. TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI
839.502.133-09

ASSINATURA DO DIRETOR

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0058030/20

Vítima: JOAO DA CRUZ ROCHA

CPF: 733.671.173-15

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO DA CRUZ ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

JOAO DA CRUZ ROCHA : 733.671.173-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/02/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200071486 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DA CRUZ ROCHA **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA E ESCÁPULA ESQUERDAS. P2,18.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P11.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**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 dos ombros	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: 3200071486 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DA CRUZ ROCHA **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. P2,18.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P11.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0029 03 CONTA: 280002 0

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOÃO DA CRUZ ROCHA
RG: 1681928 Órgão Emissor: SSP-PI
CPF: 733.671.173-15 Nacionalidade: BRASILEIRO
Est. Civil: CASADO Profissão: MOTO-TAXI
Endereço: R. Raimundo Renato Mesquita Nº 2619
Bairro: Alto Alegre Cep: _____ Cidade/UF: TERESINA-PI
Telefone: (86) 93807-7370 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: JOÃO DA CRUZ ROCHA
CPF: 733.671.173-15 Data do Acidente: 11/11/2019
Cobertura solicitada: X Invalidez Permanente () DAMS () Morte
TERESINA 09 DEZEMBRO 2019
Local e data

JOÃO DA CRUZ ROCHA
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0058030/20

Vítima: JOAO DA CRUZ ROCHA

CPF: 733.671.173-15

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO DA CRUZ ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

JOAO DA CRUZ ROCHA : 733.671.173-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/02/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

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: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DA CRUZ ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000280002-0

Nr. da Autenticação AF490CC40234888C

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071486

Vítima: JOAO DA CRUZ ROCHA

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO DA CRUZ ROCHA

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, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071486

Vítima: JOAO DA CRUZ ROCHA

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOAO DA CRUZ ROCHA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071486

Vítima: JOAO DA CRUZ ROCHA

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO DA CRUZ ROCHA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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: JOAO DA CRUZ ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 00000280002-0

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

