

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	21-05-2019	30	20,18

JOAO DE DEUS MELO
R. SERRA BRANCA 2799 6223/2 B-URBANO
CPF: 00007889526334
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 9.001.75.36.334500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	363	Atual: 14/05/2019
Anterior:	337	Anterior: 12-04-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 12-06-2019
Consumo Medido:	26	Emissão: 13-05-2019
Consumo Faturado:	30	Apresentação: 14-05-2019
Forma de Faturamento:	MINIMO	Classe de irregularidade:
		Classe de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat. Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2090177		1.1.1.1 23

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
ABR/19 0	CONSUMO 30 A R\$ 0,672839 = 20,18
MAR/19 2	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,13
FEV/19 0	
JAN/19 0	
DEZ/18 26	
NOV/18 15	
OUT/18 20	
SET/18 0	
AGO/18 37	
JUL/18 66	

TERESINA, 14 de Maio de 2019.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS -
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Jd. C. SEM
Centro - N.º 64.002-170
Teresina - PI

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 04/2019 20,20
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25-05-2019, em função das contas reavisdas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SEREN. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e de reavisdas(s) no valor de R\$ 10,45 maior histórico. Caso tenha pretendido o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 1474.9184.F7C7.B463.7110.3506.66E9.160A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/DEBITOS - R\$	
Distribuição	5,45	Base de Cálculo	20,18
Energia	10,51	Alíquota ICMS	
Transmissão	1,77	Valor do ICMS	
Encargos	0,87	Valor do PIS	1,40%
Tributos	1,58	Valor do COFINS	6,49%
			0,28
			1,30

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	LIC			PSC			CISC		URCM
	Mesual	Trimestral	Anual	Mesual	Trimestral	Anual	Mesual	Trimestral	
Consumo	5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86		
Reatuação	0,00			0,00			0,00		

Consumo TERESINA Período de apuração 03/2019 Valor 10,46

ROT: 9.001.75.36.334500

836300000000 4 20180017000 7 000000001622 0 17960519008 3



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Din Berg Silva Mendes
ASSINATURA DO TITULAR

0958163

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 88.250/83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.952.346 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/08/16

NOME DIN BERG SILVA MENDES

FILIAÇÃO

MARIA DOS REMÉDIOS SILVA MENDES
RAIMUNDO NONATO MENDES

NATURALIDADE

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO
01/06/1976

DOC. ORDEM

CERT. CASAM. 21305 L 864 F 005

EXP. TERESINA-PI 18/03/08

CPF 860.902.833-04

0958163

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO
DIN BERG SILVA MENDES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Wagner Mendes Russo

RG nº 216.644, data de expedição 25/09/78

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 106.080.103-59

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

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

Av. Joaquim Ribeiro, nº 939

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

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

Din Bug Silva mundy, cujo o condutor era

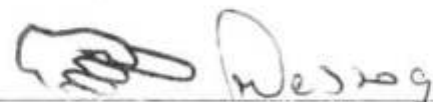
Din Bug Silva mundy

Veículo: moto Modelo: YAMAHA/T115 CRYPTO^{NK} Ano: 2013

Placa: LVP-6303 Chassi: 9C6KE1560E0032293

Data do Acidente: 24/04/19

Local e Data: Teresina-PI 08/08/2019


Assinatura do Declarante

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Carterio
Thermodisco
Sergio
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Coronel Ruyton, 123 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3211-9190 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Título: Autógrafa Consórcio de Sampaio Pessoa

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE WAGNER MEIRELES
PESSOA DOU FE EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 08/08/2019. Selo: AAH09808-WTFD
www.tjpi.jus.br/portalextra

AUREA LETICIA SANTOS SILVA-ESCREVENTE
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 78
DECLARAÇÃO DO PROP DO VEICULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Aurea Leticia Santos Silva
Escrevente Autorizada

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190489094

Vítima: DIN BERG SILVA MENDES

Data do Acidente: 24/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIN BERG SILVA MENDES

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\$ 1.181,25

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **DIN BERG SILVA MENDES**

Valor: **R\$ 1.181,25**

Banco: **104**

Agência: **000003389**

Conta: **0000019398-0**

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,



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190489094

Vítima: DIN BERG SILVA MENDES

Data do Acidente: 24/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIN BERG SILVA MENDES

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



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome			
	15 Sexo	16 Idade			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vitima		20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida
	22 Equipamentos de segurança		23 Glasgow =		24 Sinais Vitais
Exame Físico	25 Local da lesão		26 Escala de Dor de 0 a 10		27 Pulso
	28 Sinais vitais		29 Fratura		30 Procedimentos realizados
Assistência	31 Hospital de Destino		32 Condições de entrada		33 Óbito
	34 Observações Interdisciplinar		35 Responsável pela recepção		36 Socorristas



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.540.746/0001-09 | Ins. Estadual: 19.201.383-5
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ/06/98

PARA CONSULTA
VENCIMENTO, INFORMAÇÃO
OU NÚMERO

SEU CÓDIGO

0957468-9

Nº da Nota Fiscal 025069274

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	10-08-2019	529	549,53

MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00078375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 18.001.02.32.019300

CEP: 04.000-000 - FONE: 011-3063.1111		DATA DA LEITURA	
DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	14090	Atual:	26/07/2019
Anterior:	13561	Anterior:	26-06-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	27-08-2019
Consumo Medido:	529	Emissão:	25-07-2019
Consumo Faturado:	529	Apresentação:	26-07-2019
Forma de Pagamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	30

Classo/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fed.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	D176626		1.1.1.3	540

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 529 A R\$ 0,934456 = 494,32
JUN/19 539	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO&IP) 39,88
MAI/19 538	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 1,60
ABR/19 500	MULTA POR ATRASO 05/19-00 10,05
MAR/19 418	JUROS POR ATRASO 05/19-00 3,68
FEV/19 506	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 6,84
JAN/19 526	
DEZ/18 455	
NOV/18 595	
OUT/18 597	
SET/18 636	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 529 - 0,628010

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10-08-2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEREN, caso tenha afetado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO BFD8.824B.92AF.3842.7A32.5D72.A688.5A00

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 97,20	Base de Cálculo: 494,32 360,85
Energia: 187,86	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 31,77	Valor do ICMS: 133,48
Encargos: 15,55	Valor do PIS: 1,40% 5,08
Tributos: 161,94	Valor do COFINS: 6,48% 23,40

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DEC				FIC			
Normal	Descontínua	Parcial	Intermitente	Normal	Descontínua	Parcial	Intermitente
Unidade	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Residência	0,00			0,00			0,00
Código	TERESINA-MACAUBA			Período de entrega	05/2019		
							190,50

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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:

860.902.833-ou Din Berg Silva Mendes

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):

Din Berg Silva Mendes 860.902.833-ou 2799 R. Serra Branca Penasencia III Teresina PI 64.000-000

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 ☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 19398

AGÊNCIA: CONTA:

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 verificação de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e significância 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

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 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PE 19.08.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

164 v. 1.1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003027/2019-30

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 09/08/2019 - 10:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JOAQUIM NELSON, Nº:

Complemento

542288

Data/Hora

24/04/2019 - 07:20

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE I

Ponto de Referência

DEPOSITO MATEUS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DIN BERG SILVA MENDES

RG: 1952346 PI

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES

Pai: RAIMUNDO NONATO MENDES

Endereço: RUA SERRA BRANCA, Nº 2799

Bairro: RENASCENÇA III

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO YAMAHA/T115 CRYPTON K, PLACA LVP-6303-PI, COR LARANJA, RENAVAM 00996271465, PROP. DE W MEIRELES PESSOA CARROS E MOTOS ME, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, COLIDIU NA TRASEIRA DA MOTO, PROVOCANDO A QUEDA DA VITIMA. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 258909). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POL.

x Din Berg Silva Mendes
DIN BERG SILVA MENDES - Noticiante
Responsável pela Informação



Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190489094

Vítima: DIN BERG SILVA MENDES

Data do Acidente: 24/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DIN BERG SILVA MENDES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

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 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)

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 19398 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 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 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

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 (ou nascos)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 19.08.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

*GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190489094**

Nome do(a) Examinado(a): **DIN BERG SILVA MENDES**

Endereço do(a) Examinado(a): **R SERRA BRANCA - Teresina - PI - CEP 64011-630**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1952346**

Data e local do acidente: [**24/04/2019**]

AV JOAQUIM NELSON S/N DIRCEU ARCOVERDE I - PROX DEPOSITO MATEUS

Data e local do exame: [**03/09/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA LUXAÇÃO DO ILÍACO COM DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO. FRATURA NA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO COM AUMENTO DE PARTES MOLES.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO (ADM 50º), EXTENSÃO (ADM 40º), ABDUÇÃO (ADM 60º) E ADUÇÃO (ADM 20º) DO QUADRIL À ESQUERDA, COM DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR. LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO QUADRIL. TRATAMENTO CONSERVADOR DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA DO TRATAMENTO EM JULHO DE 2019.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 4º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Quadril esquerdo

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

4º pododáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

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: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.181,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIN BERG SILVA MENDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000019398-0

Nr. da Autenticação 895342173B848CC9

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190489094**

Nome do(a) Examinado(a): **DIN BERG SILVA MENDES**

Endereço do(a) Examinado(a): **R SERRA BRANCA - Teresina - PI - CEP 64011-630**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1952346**

Data e local do acidente: [**24/04/2019**]

AV JOAQUIM NELSON S/N DIRCEU ARCOVERDE I - PROX DEPOSITO MATEUS

Data e local do exame: [**03/09/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA LUXAÇÃO DO ILÍACO COM DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO. FRATURA NA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO COM AUMENTO DE PARTES MOLES.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO (ADM 50º), EXTENSÃO (ADM 40º), ABDUÇÃO (ADM 60º) E ADUÇÃO (ADM 20º) DO QUADRIL À ESQUERDA, COM DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR. LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO QUADRIL. TRATAMENTO CONSERVADOR DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA DO TRATAMENTO EM JULHO DE 2019.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 4º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Quadril esquerdo

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

4º pododáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

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: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.181,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIN BERG SILVA MENDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000019398-0

Nr. da Autenticação 895342173B848CC9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190489094

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DIN BERG SILVA MENDES

Data do acidente: 24/04/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO ILÍACO COM DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO. FRATURA NA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO COM AUMENTO DE PARTES MOLES.

Descrição do exame físico: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO (ADM 50º), EXTENSÃO (ADM 40º), ABDUÇÃO (ADM 60º) E ADUÇÃO (ADM 20º) DO QUADRIL À ESQUERDA, COM DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR. LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO QUADRIL. TRATAMENTO CONSERVADOR DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA DO TRATAMENTO EM JULHO DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/09/2019

Conduta mantida:

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			8,75 %	R\$ 1.181,25



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Din Berg Silva Mendes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 258909



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".

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

C/URG
ORTOPEDIA**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 24/04/2019 08:53:17

(User: MATHEUS VILARINHO)

(Estação: CONSULPA03)

Nome: DIN BERG SILVA MENDES		Prontuário: 258909	
Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES		Pai: RAIMUNDO NONATO MENDES	
End.Resid.: QD 9, CS 38 B - RES.REDONDA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 01/06/1976	Idade: 42a10m23d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9404-8157
Responsável: LUCIANA RIBEIRO GOMES		CNS: 898003438285217	
Profissão: ELETRICISTA		Documento: RG: 1952346 - PI	
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 718403	Entrada: 24/04/2019 08:32:37	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Ativo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR NO QUADRIL COM LESÃO SANGRANTE EM FIE. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA, DOR EM MMII.		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 24/04/2019 08:38:03

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: QUEDA DE MOTO HA 40 MINUTOS. REFERE DOR EM QUADRIL ESQUERDO. O EXAME: A: VA PERVEAS COM COLAR CERVICAL E COM PRANCHA RIGIDA B: MVUA SEM RA, SATURANDO BEM EM AR AMBIENTE C: BNF, RCR, 2T. PA 140/100. SANGRAMENTO ATIVO EM FLANCO ESQUERDO EM LESÃO PERFURANTE D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOFOTORREAGENTES SEM DEFICITS MOTORES E: PELVE ESTAVEL, ABDOME INOCENTE. PRESENÇA DE LESÃO PERFURO CORTANTE EM FLANCO ESQUERDO	
Diagnóstico Inicial:	

Exames Complementares: (1201974) - QUADRIL ESQUERDO (1201975) - PERNA ESQUERDA (1201976) - PELVE
--

Prescrição Médica: PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto)	DATA: 24/04/2019 HORA: 08:53:17
--	--

Assinatura Paciente ou Responsável

MATHEUS VILARINHO SERRA
CRM 7423 Em: 24/04/2019 08:53:16



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

237626

199140

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

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

237626

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIN BERG SILVA MENDES

6 - Prontuário: 258909

7-CNS: 898003438285217

8-Nascimento: 01/06/1976

9-Sexo: Masculino

RG: 1952346 - PI

11-Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES

12-Fone: 86- 9404-8157

13-Resp: LUCIANA RIBEIRO GOMES

14-Cor: Parda

15-Ender: QD 9, CS 38 B - RES.REDONDA - 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:

Trauma, dor e limitação em movimento
na eq.

21 - Condições que justificam a internação:

TTO e fratura

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

Ra

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura do ílio

24-CID Prin:

S323

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408040254

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO

respo. SUS

10

29-Clinica:

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

02

01

CPF

217.817.218-07

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

34-Data Solicitação:

24/04/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

42-CNPJ Empresa:

43-CAE Empresa:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

16/05/19

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

40-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:


Assinatura

Usuário: (LAO TSE)

Consulta Local: 718403

Consulta SUS:

Impressão: 28/04/2019 16:17:22

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 199140	
	AIH: 2219100289110	
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 707006855976435	NOME DO PACIENTE DIN BERG SILVA MENDES	NASCIMENTO 01/06/1976	SEXO M	PRONTUÁRIO 258909
DOCUMENTO CPF 8681096750	TELEFONE 8681096750	NOME DA MÃE MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA CAMUCIN			NUMERO / LOTE 2621
BAIRRO RENASCENCA III	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA NA BACIARX E TC EVIDENCIAM FRATURA DA ILIACO ESQTRATAMENTO DE INICIO CONSERVADORINTERNADO PARA ANALGESIA E CONTROLE DE SANGRAMENTO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO ESPECIALIZADO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLINICO RX E TC

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S323 - FRATURA DO ILIO	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408040254 - TRATAMENTO CIRURGICO DE ASSOCIACAO FRATURA LUXACAO FRATURALUXACAO DISJUNCAO DO ANEL PELVICO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CAJO VAZ DE OLIVEIRA NETO CPF: 77632702334	
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 24/04/2019	
DATA ADMISSÃO 24/04/2019 08:32	DATA ALTA 28/04/2019 09:00	
MOTIVO ALTA MELHORADO		

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 46261079315	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 03/05/2019 11:03:47
CRM:	CPF
	CRM
	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 67390
SAME - HUT
VERE COM O ORIGINAL



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Din Beca Silva Mendes

Diagnóstico pré-operatório

Fratura ilíaca

Operação - Tipo

R.A.F.T.

Cirurgião

Fernando Carlos

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

ET 611

Anestesiologista

Anestesia

Anestésico(a)

ET 611

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Corte S.O.S. sob raquia anestesia
- 2) Preparo hab. r.a.
- 3) Sit. ilíaca exg + dissecação
- 4) Redução
- 5) Fixação com placa + parafusos
- 6) Lavagem c/ SF 0,9%
- 7) Sutura
- 8) Curativo

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

Dr. Fernando C. de Oliveira
Anestesiologista
ET 611

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE Dim Berg Silva Mendes				Nº DE REGISTRO 258909	
DATA: 26/04/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS
					TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2l/min 2 2l/min 3				1. Midazolam 1mg EV
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100				2. Fentanyl 75ug EV
TEMPERATURA T	C°				3. BSA 1ml 1mg quicua n: 25 ml mocaína 0,5% pesada 12mg + morfina 80ug.
P. ARTERIAL V O PULSO	38				SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO O					
SÍMBOLOS					DURAÇÃO
TÉCNICAS Gequies Subaracnoides				INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES Cor cir. frot Peritoneal Pélvica - Fixação de ilíacos				<div style="text-align: center;">7</div>	
CIRURGIÕES Dr. Fernando					
ANESTESISTAS Dra. Milena R. Bezerra					
PARTICULARIDADES					
				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26 / 04 / 19

NOME DO PACIENTE: <u>Din Beng Silva Mendes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>258909</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Fernando Couto</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Drª Milena</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Raque</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 8,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL 20 AGO 2019	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	01		eletrodo		05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	<div>DEPARTAMENTO DE SUÍCOS ORVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO FRASCO 20 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina - PI</div> <div>Joana Luiza Mendes de Mesquita Matrícula: 4390 SANE - 13 JT CONFERE COM O ORIGINAL</div>		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Escovas p/ higienização		03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Gel p/ placa do bisturi org 20			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Duvas p/ sucção 4.4		01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 20	"	02					
FITA UMBILICAL 0	"	03		ENFERMARIA:			
VICRYL 0	"	02		CIRCULANTE: <u>Nervo</u>			
PROLENE							

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Din Berg Silva Mendes

Nº AIH: 237626

Nº do Prontuário: 258909 Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 0408040254

Indicador de Compatibilidade: 0702030937

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Fernando

CRM Nº CPF Nº

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 26/04/19 **DATA DA ALTA:** / /

**Código Ropm
Nº**

**DESCRIÇÃO DO MATERIAL
(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)**

Cx-103

02 placas de reparação de 4,5 mm de 5 e 6 furos
parafusos verticais nº 18

nº 22(03)

nº 24

nº 26

nº 28

nº 32(03)

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 26 de Abril de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome: Amália

Dr. Fernando
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 207777-7
TEC-11913

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 237626
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIN BERG SILVA MENDES	6 - Prontuário: 258909
7-CNS: 898003438285217 8-Nascimento: 01/06/1976 9-Sexo: Masculino	RG: 1952346- PI-Exp:
11-Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES	12-Fone: 86- 9404-8157
13-Resp: LUCIANA RIBEIRO GOMES	14-Fone: 86- 9404-8157
15-Ender: QD 9, CS 38 B - RES.REDONDA - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408040254	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030937	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 4,5 MM (INCLUÍ PARAFUSOS)
Fornecedor da OPM: PIMES	
Quant. Soli- cidata: 2	

38-Profissional Responsável: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 26/04/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 217.817.218-07

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura do ilíaco

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF: / /
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 16/05/19	52-CNS/CPF: 16/05/19
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

(ANTONIO EURIVAN)

João Luís Mendes de Mesquita
Matrícula: **47390**
SANE - HUT
NÃO REFE COM O ORIGINAL

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

SOLICITAÇÃO DE PERMANÊNCIA MENOR

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

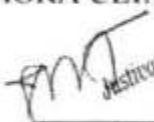
PACIENTE: Din Berg Silva Mendes Nº PRONT: 158909 Nº LAUDO: 737626

JUSTIFICATIVA

PACIENTE RESPONDEU DE FORMA SATISFATÓRIA AO
TRATAMENTO OFERTADO, COM MELHORA CLÍNICA
CONSIDERÁVEL.

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO


Dr. Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

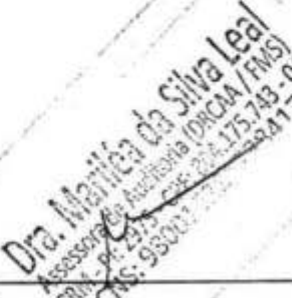
*GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

AUDITOR

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR

16/05/19


Dra. Marilene da Silva Leal
Assessoria de Auditoria (DNCA/FMS)
CRM: 95003
CPF: 204.175.743-04



237626

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

199140

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 5828856	Código da Internação: 237626
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIN BERG SILVA MENDES	6 - Prontuário: 258909		
7-CNS: 898003438285217	8-Nascimento: 01/06/1976	9-Sexo: Masculino	RG: 1952346 - PI
11-Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES	12-Pone: 86- 9404-8157		
Resp: LUCIANA RIBEIRO GOMES	14-Cor: Parda		
15-Ende: QD 9, CS 38 B - RES.REDONDA - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA NA BACIA RX E TC EVIDENCIAM FRATURA DA ILIACO ESQ TRATAMENTO DE INICIO CONSERVADOR INTERNADO PARA ANALGESIA E CONTROLE DE SANGRAMENTO	
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO ESPECIALIZADO	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): EXAME CLINICO RX E TC	
23-Diagnóstico Inicial: Fratura de outras partes da coluna lombossacra e da pelve e de partes não	24-CID Prin: S328

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465, 8º Andar
Centro, Teresina - PI
CEP: 64.002-470

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408040289	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL C/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL	Tempo SUS 8
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: 24/04/2019	

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (CAIO VAZ) Consulta Local: 718403 Consulta SUS: Impressão: 24/04/2019 10:54:28

Júlia Mendes de Mesquita
Médica 47390
SAMB-UIT
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTO DE REGISTROS E CONTROLE DE DOCUMENTOS
CONTEÚDO VERIFICADO
20 de Maio de 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Almeida
Centro - Niterói - RJ
Teresopolis - RJ
766-7605555
766-7604770

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Din Berg Silva Mendes IDADE _____ anos DATA 26/04/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 16 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura em pé CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>110/56</u>	<u>117x51 mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>70</u>	<u>84 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>97</u>	<u>96 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	<u>/</u>	<u>/</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>/</u>	<u>/</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Silvana</u>	<u>silvana</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL

09

ASS.

Mário José de Oliveira

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na
 POI de fratura de pé; segue bem.



Mário José de Oliveira
 Enfermeiro
 COREN-PI 484.168

RAIO-X REALIZADO

DATA 26/04/2019Técnico: f

RESCRIÇÃO MÉDICA

Joana Luísa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 747390
 SAME - HUT
 CORRADO COM O ORIGINAL

ALTA SRPA

HORÁRIO

Dr. Alvaro Regino C. de Melo
 Médico Anestesiologista
 CRM-PI 3386 / RQE 2836
 ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

OSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () TORT () NEU () CIR () MÉD

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DIN BERG SILVA MENDES		258909	Ortopédica	233	238	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES / ALERGIAS
# ILIACO ESQ						
24/04/19						15:30h - Paciente encaminhado para o Pronto II -
1	DIETA LIVRE				paciente requer	
2	SF 0,9% 1000 ML EV EM 24H				calma eufórica e	
3	DIPIRONA 1G - 2CC + AD EV 6/6H				sem algr -	
5	TENOXICAM 20MG DIL EV 12/12H				calma e eufórica	
6	TRAMADOL 100MG 01 AMP + 250ML SF EV 8/8H				calma e eufórica	
7	CUIDADOS GERAIS				calma e eufórica	
8	Apeloton - 20/6/18				calma e eufórica	
9	Dr. Ciro Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI 3054				calma e eufórica	
FRATURA DA ILIACO ESQ						
TRATAMENTO DE INICIO CONSERVADOR						
INTERNADO PARA ANALGESIA E CONTROLE DE SANGRAMENTO						

DEPARTAMENTO DE SIMSTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

João Luiz Mendes da Mesquita
Márcia - 47390
SAMS - HUT
CONFERTE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 40095 - Em: (24/04/2019)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
718403	258909	DIN BERG SILVA MENDES	01/06/1976	SALA VERDE			MATHEUS VILARINHO SERBA				
Evolução: Hora: 08:52	QUEDA DE MOTO HÁ 40 MINUTOS REFERE DOR NO QUADRIL ESQUERDO SOLICITO RADIOGRAFIA E AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA										
	Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:								
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	
Dieta	ORAL Tipo ORAL ZERO,										
1	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	6/6h			AD		
2	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL		1,00	Ampola	EV	SN					

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Bacia da pelve
DATA: 24.04.2019 17:00
Tecnico: Zenon Rocha

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA
DATA: 24.04.19
MÉDICO: Matheus Vilariño Serba
EXAMES: abd total
LAUDO PROVISÓRIO

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matricula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 40095 - Em: (24/04/2019)

[Signature]



Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47890
SAME-FLIT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIN BERG SILVA MENDES** (Prontuário: 258909)
Endereço: QD 9, CS 38 B - RES. REDONDA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/06/1976 Idade: 37a3m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 312717
Requisição: 326804 Solicitação: 07/06/2013 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
Controle: 416475 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 07/06/2013

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fratura na base da falange proximal do 4º pododactilo sem desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 12/09/2013

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Conferido e Liberado por Senha em: 12/09/2013 18:54:32



Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIN BERG SILVA MENDES** (Prontuário: 258909)
 Endereço: QD 9, CS 38 B - RES. REDONDA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 01/06/1976 Idade: 42a10m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 718403
 Requisição: 946698 Solicitação: 24/04/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
 Controle: 1202062 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 24/04/2019

T.C. DE BACIA

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

- FRATURA COMINUTIVA NA PORÇÃO ANTERIOR DA ASA DO ILÍACO ESQUERDO.
- ÁREAS DE EDEMA E ENFISEMA NAS PARTES MOLES LATERAIS DA PELVE À ESQUERDA (SUBCUTÂNEO E PAREDE MUSCULAR)
- ARTICULAÇÕES COXO-FEMURAIS E SACRO-ÍLIACAS COM SUPERFÍCIE E ESPAÇO ARTICULAR PRESERVADOS.
- AS RELAÇÕES ENTRE OS ACETÁBULOS E AS CABEÇAS FEMURAIS SÃO NORMAIS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LESÕES EXPANSIVAS OU OSTEONECROSE.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 24/04/2019

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável



Joana Luisa Mendes da Mesquita
 Matrícula: 47380
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS REDES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E AERONÁUTICA NACIONAL DE TRABALHOS

PIAUÍ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR 1554660910

Nome: MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / CNH / PASSAPORTE: 1457994 SSP PI

CPF: 703.754.703-44 **DATA NASCIMENTO:** 10/09/1971

FILIAÇÃO: LUIS PROCEDONIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO: ☒ **ACC:** ☒ **CAT.VEH:** B

Nº REGISTRO: 02851031130 **VALIDADE:** 15/12/2022 **PRIMEIRAÇÃO:** 29/04/2003

OBSERVAÇÕES:
A

Assinatura do Titular: *Maria do Carmo Procedonio da Silva*

LOCAL: TERESINA, PI **DATA DE EMISSÃO:** 20/12/2017

70613801044
PI320021300

PIAUI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS -
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

* GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE <u>Din Berg Silva Mendes</u>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>autônomo</u>
Identidade nº: <u>1.952.346 SSP/PI</u>	CPF nº: <u>860.902.833-04</u>	
Endereço: <u>R. Seira Branca n: 2799 Ruas Encruzadas Teresina</u>		
CEP: <u>64.000-000</u>	Telefone: <u>(86) 99982-3093</u>	

Teresina
Piauí

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteira	Profissão: Bacharel em Direito
Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI	CPF/MF nº: 703.754.703-44	
Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,		
CEP: 64.019-330	Telefone: (86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055	

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () **POR MORTE** (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () **DAMS**, em acidente de transito ocorrido no dia 24/04/19 para a Vitima Din Berg Silva Mendes

Timon-MA 09.08.2019

Local e data



Din Berg Silva Mendes

- Vitima ou Representante Legal -



Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
Din Berg Silva Mendes
Em Testemunho da veracidade
Timon (MA), 09.08.2019
Ruth Maria de Oliveira
Escritor Substituta

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0285880/19

Vítima: DIN BERG SILVA MENDES

CPF: 860.902.833-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 24/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DIN BERG SILVA MENDES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

DIN BERG SILVA MENDES : 860.902.833-04

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: 20/08/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190489094 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIN BERG SILVA MENDES **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 quadril	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: 3190489094 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIN BERG SILVA MENDES **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

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 SUSEP 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Proudomio da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 111 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Din Berg Silva Mendes inscrito (a) no CPF sob o Nº 860.902.833 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Din Berg Silva Mendes

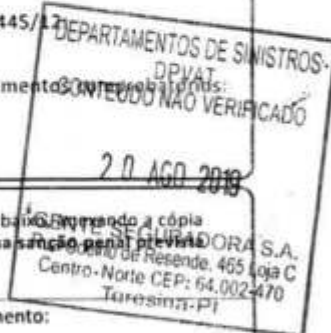
inscrito (a) no CPF sob o Nº 860.902.833 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12

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 informado, apresentando 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: <u>Rua Henrique Dias</u>	Número: <u>790</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Varrelha</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64019-330</u>	Tel.(DDD): <u>86/99982-3093</u>



Local e Data: Teresina-PI 19.08.2019

Maria do Carmo Proudomio da Silva
Assinatura do Declarante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190489094 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIN BERG SILVA MENDES **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO ILÍACO COM DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO. FRATURA NA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO COM AUMENTO DE PARTES MOLES.

Descrição do exame físico: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO (ADM 50º), EXTENSÃO (ADM 40º), ABDUÇÃO (ADM 60º) E ADUÇÃO (ADM 20º) DO QUADRIL À ESQUERDA, COM DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR. LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO QUADRIL. TRATAMENTO CONSERVADOR DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA DO TRATAMENTO EM JULHO DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/09/2019

Conduta mantida:

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			8,75 %	R\$ 1.181,25