

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 021658920

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.458 de 26 de abril de 2002.

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 Médio:

26

Último: 13-05-2019

Consumo Faturado:

30

Ajustamento: 14-05-2019

Forma de Faturamento: MINIMO

Código da Inequivalente:

Diário de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
------------------	---------	----------------	-------	-------------	----------------

RESIDENCIAL

MONO

A2090177

1.1.1.1

23

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo

CONSUMO 30 A R\$ 0,672839 = 20,18

ABR/19 0

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,13

MAR/19 2

FEV/19 0

JAN/19 0

DEZ/18 26

NOV/18 15

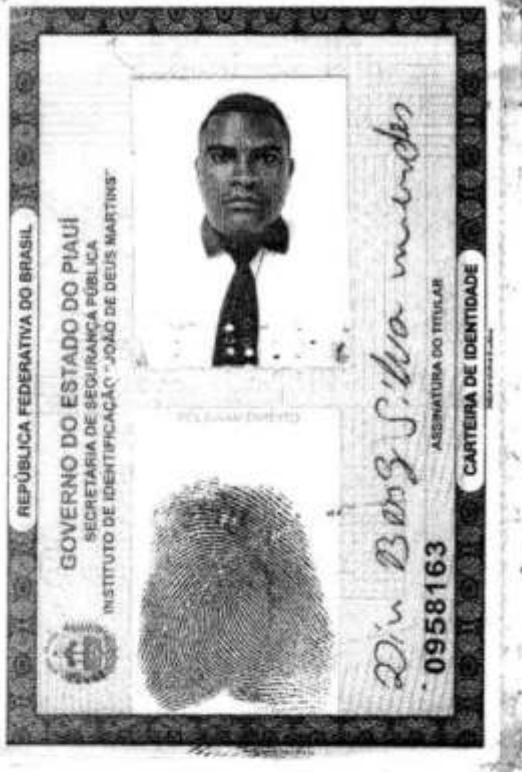
OUT/18 20

SET/18 0

AGO/18 37

JUL/18 66

TOTAL 30 A R\$ 0,672839 = 20,18



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Meireles Pessoa

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 Bung Silva mundy, cujo o condutor era

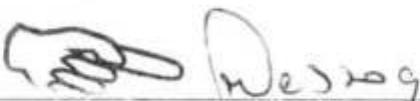
Din Bung Silva mundy

Veículo: moto Modelo: YAMAHA/TS15 CRYPTO Ano: 2013

Placa: LVP-6303 Chassi: 9C6KE1560E0032293

Data do Acidente: 24/04/19

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



Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

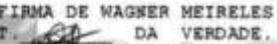
20 AGO 2019

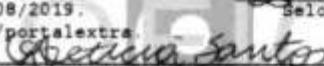
Assinatura do Condutor  
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

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

Caráter  
Termos de  
Simples

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Conselheiro Negreiros, 7223 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3225-2150 - E-mail: [teresina@teresina.tjpi.jus.br](mailto:teresina@teresina.tjpi.jus.br)  
Tribunal: [www.teresina.tjpi.jus.br](http://www.teresina.tjpi.jus.br) | [portalextra.tjpi.jus.br](http://www.portalextra.tjpi.jus.br)

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/teresina](http://www.tjpi.jus.br/teresina)



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

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Aurea Letícia Santos Silva  
Escrivente Autorizada

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
0495 00.540.745/0001-09 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impostos autorizado pela SETAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 025069274

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

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA  
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA  
CPF: 000070375470344  
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 18.001.02.32.019300

DADOS DA LEITURA	DATA	DATAS DA LISTURA
Atual: 14098		Atual: 26/07/2019
Anterior: 13561		Anterior: 26-06-2019
Constante de Multiplicação: 1.000		Préima Leitura: 27-06-2019
Consumo Médio: 529		Emissão: 25-07-2019
Consumo Faturado: 529	FCAM	Apresentação: 26-07-2019

Forma de Pefuramento: NORMAL Código de Ingrualdade: Dias de Consumo: 30

DADOS DA MEDIDADE CONSUMO GBA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Val.
RESIDENCIAL	TRI	D176626	1.1.1.3	540
<b>HISTÓRICO GBA</b>				
Mês/ano consumo				
JUN/19	539	CONSUMO	529 A R\$ 0,934456 =	494,32
MAI/19	538	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		39,88
ABR/19	500	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00		1,60
MAR/19	418	MULTA POR ATRASO 05/19-00		10,05
FEV/19	506	JUROS POR ATRASO 05/19-00		3,68
JAN/19	526	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	6,84	
DEZ/18	455			
NOV/18	595			
OUT/18	597			
SET/18	636			
TARIFA SEM TRIBUTO:				
0 A 529 - 0,528018				

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Início de consumo: dia 01/07/2019. A suspensão de fornecimento de energia elétrica é partir da 10-08-2019. O recolhimento pode gerar também a inclusão do nome do consumidor na SEDEN, caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PRAZO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

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

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição: 97,28		Base de Cálculo: 494,32	360,85
Energia: 187,86		Aliquota ICMS: 27,00%	
Transmissão: 31,77		Valor do ICMS:	133,46
Encargos: 15,55		Valor do PIS:	5,08
Tributos: 161,94		Valor do COFINS:	23,40

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

	08/07	08/08	08/09	08/10	08/11	08/12	08/01
Média	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Máximo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Conselho	TERESINA-MACAUBA	Período de	05/2019	08/2019	190,50		

# 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:  
860 902 833-04 *Din Berg Silva mender*

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

5 - Nome completo: *Din Berg Silva mender* 6 - CPF: *860.902.833-04*  
7 - Profissão: *autônomo* 8 - Endereço: *R. Serra Branca* 9 - Número: *2799* 10 - Complemento:  
11 - Bairro: *Penasencina III* 12 - Cidade: *Teresina* 13 - Estado: *PI* 14 - CEP: *64.000-000*  
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:

RECUZO 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: **3389** CONTA: **19398**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:

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

Autorizo a Seguradora 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTRATO VERIFICADO

20 AGO 2019

Rua Coelho de Barros, 1000 - Centro - Teresina - PI - CEP: 64000-000

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requisição 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, sem necessária documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 previsão de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requisição 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.

Rua Coelho de Barros, 1000 - Centro - Teresina - PI - CEP: 64000-000

Assinatura da testemunha

33 - Vítima deixou  Sim  Não  Vivos:  Falecidos: 34 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 35 - Data do óbito da vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não 34 - Grau de Parentesco com a vítima: 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Teresina - PI 19.08.2019* 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Din Berg Silva mender* 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

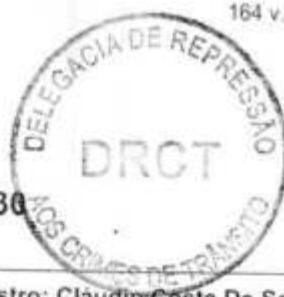
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



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

5422 88

Data/Hora

24/04/2019 - 07:20

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JOAQUIM NELSON, Nº:

Complemento

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE I

Ponto de Referência

DEPOSITO MATEUS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DIN BERG SILVA MENDES

Tipo Envolt: VITIMA/Noticiante

RG: 1952346 PI

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES

Pai: RAIMUNDO NONATO MENDES

Endereço: RUA SERRA BRANCA, Nº 2799

Bairro: RENASCENÇA III

Cidade: TERESINA

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

DIN BERG SILVA MENDES - Noticiante  
Responsável pela Informação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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:

5 - Nome completo:

*Din Berg Silva mendes*

6 - CPF:

*860.902.833-04*

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

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

15 - E-mail:

9 - Número:

*2799*

10 - Complemento:

*PI*

14 - CEP:

*66.000-000*

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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)

AGÊNCIA: *3389*

CONTA: *19398*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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 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.

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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

*Teresina - PI 19.08.2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



**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?

[ **X** ] 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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (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 ( X) 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 ( X) 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.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] 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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (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 ( X) 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 ( X) 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
<b>Total</b>			<b>8,75 %</b>	<b>R\$ 1.181,25</b>



NOME DO PACIENTE: Din Borg Silva Mendes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 258909



**SERVÍCIO 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 Luisa 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

UNIVERSAL  
ORTOPEDIA

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

Nº H.E. 01630  
24/04/19

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

(User: MATHEUS VILARINHO)

(Estação: CONSULPA03)

**DADOS DO PACIENTE:**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b> TRAUMA MAIOR	<b>Classificação:</b> Mecanismo do trauma significativo	<b>Cor:</b> 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 LOBÃO 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/m<sup>2</sup> Pulso: bmp Pressão: mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

QUEDA DE MOTO HA 40 MINUTOS. REFERE DOR EM QUADRIL ESQUERDO.

**Exame:**

- A: VA PERVEAS COM COLAR CERVICAL E COM PRANCHA RÍGIDA
- B: MVUA SEM RA, SATURANDO BEM EM AR AMBIENTE
- C: BNF, RCR, 2T. PA 140/100. SANGRAMENTO ATIVO EM FLANCO ESQUERDO EM LESÃO PERFORANTE
- D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOFOTORREAGENTES SEM DEFÍCITS MOTORES
- E: PELVE ESTAVEL, ABDOME INOCENTE. PRESENÇA DE LESÃO PERFURANTE CORTANTE EM FLANCO ESQUERDO

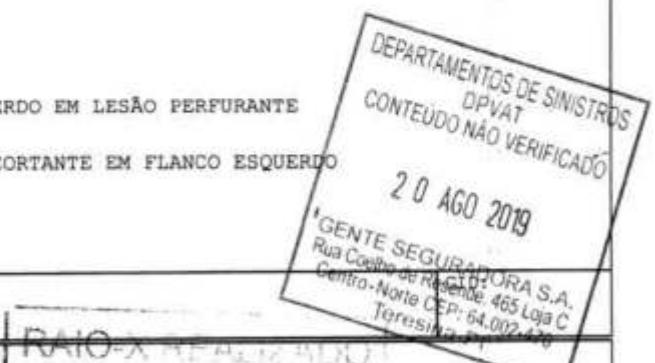
**Diagnóstico Inicial:**

**Exames Complementares:**

- (1201974) - QUADRIL ESQUERDO
- (1201975) - PERNAS ESQUERDA
- (1201976) - PELVE

**Prescrição Médica:**

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.



**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

**DATA:** / / .

**HORA:** : : .

Assinatura Paciente ou Responsável

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

199140

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

e erg.

21 - Condições que justificam a internação:

Trauma

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

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

Fratura

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura do ilio

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CIN C.Am.:

S323

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

26-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408040254 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO 10

29-Clinica:

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

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

24/04/2019

Dr. Fernando Couto de Oliveira  
Biotecnologia  
11913

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37-( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SANTO DOMINGO

45 - Vínculo com a Previdência:

Autônomo

Aposentado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

16/04/18

48-Documento:

49-Num. Documento:

Dra. Maria da C. Oliveira  
CRM-PI 11913

( )CNS ( )CPF

Usuário: (LAO TSE)  
Consulta Local: 718403

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Dra. Maria da C. Oliveira  
CRM-PI 11913Consulta SUS:  
Impressão: 26/04/2019 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 NOME DO PACIENTE  
707006855976435 DIN BERG SILVA MENDESNASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO  
01/06/1976 M 258909DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MÃE  
8681096750 MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDESRESPONSÁVEL  
O MESMOCEP ENDEREÇO - LOGRADOURO  
51000-000 RUA CAMUCINNUMERO / LOTE  
2621BAIRRO COMPLEMENTO MUNICÍPIO  
RENASCENCA IIIUF  
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 ESQ TRATAMENTO DE INICIO CONSERVADOR INTERNADO PARA ANALGESIA E CONTROLE DE SANGRAMENTO

## CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO ESPECIALIZADO

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSITICAS(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 ASSOCIAÇÃO FRATURA LUXAÇÃO FRATURALUXAÇÃO DISJUNÇÃO DO ANEL PELVICO

## LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

## CARÁTER

URGÊNCIA

## DATA SOLICITAÇÃO

24/04/2019

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

CRM:

20 AGO 2019

CPF: 77632702334

DATA ADMISSÃO

24/04/2019 08:32

DATA ALTA

28/04/2019 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 464 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-474  
Teresina-PI

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° 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))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO /  
AUDITORIA

LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA

CRM:

DATA ANALISE: 03/05/2019 11:03:47

CRM:

DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Jeroni Luis Mendes de Mesquita  
Matrícula: 27390  
SAME - HUT  
VERE COM O ORIGINAL

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
**centro cirúrgico**

Nome do Paciente

Din Beça S. da Mender

Diagnóstico pré-operatório

THAT. I.âmo

Operação - Tipo

R.A.F.T

Ornulão

Fernando Castro

1º Assistente

2º Assistente

✓

3º Assistente

Instrumentador(a)

ESTET. JOSÉ FERNANDES

anestesiado

anestesiado

Anestesia

Anestésico(a)

anestesiado

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

**20 AGO 2019**

**GENTE SEGURADORA S.A.**  
**Rua Coelho de Resende, 465 Loja C**  
**Centro-Norte CEP: 64.002-420**  
**Teresina-PI**

- 1) Preparo sob naquim anestesi.
- 2) Preparo hab. ria.
- 3) Sis. ilíaco erg + dissecação
- 4) Redução
- 5) F. incação com pedd + pônd fios
- 6) H. drenagem cl 350 g.
- 7) Sutura
- 8) Curativo

**DR. FERNANDES T. DE MENDONÇA**  
**DR. FERNANDES T. DE MENDONÇA**  
**DR. FERNANDES T. DE MENDONÇA**

**José Luisa Mendes de Mesquita**  
**Matrícula: A7590**  
**SAME: 4-HUT**  
**CONFERE COM O ORIGINAL**

## FOLHA DE ANESTESIA



## UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE <u>Din Bezerra Mender</u>					258909	
DATA: <u>26/04/19</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 221mbar 2 3					1. Midazolam 1u 2. Fentanil 75u 3. BSA vel vag n: 25 vel muo 0,5% paca + morfina 80
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					SEQUÊNCIA
TEMPERATURA T	C°	260	500	500	500	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
P. ARTERIAL V O		240	98	100	98	
PULSO		200				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		180				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		160				
RESPIRAÇÃO O	140					
DURAÇÃO						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS	<u>Geosquis subaracnoides</u>					INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES	<u>Cor cir frat</u> <del>pele</del> Pétrice - Fixação <u>duílaco</u>					1 7
CIRURGIÕES	<u>Dr. Fernando</u>					
ANESTESISTAS	<u>Dr. Milena R. Bezerra</u>					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
PARTICULARIDADES						

MOD 76 - HUT

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 17390  
SAMA - ELET  
CONFERE COM O ORIGINAL



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/04/19

NOME DO PACIENTE: <u>Din Berg Silva Mendes</u>		PRONTUÁRIO Nº: <u>258909</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:	
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Fernando Lauto</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	CPF Nº:	
ANESTESIA: <u>Dr. Milena</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA: <u>Raquel</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 11,5	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	DEPARTAMENTOS DE MATERIAIS ORVAT	UNID.	-
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	UNID.	02
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL 20 AGO 2019	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	01		eletroda	GENTE SEGURADORA S.A.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Escovas p/ desgermar		03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Gel p/ placa do bisturi org		20	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Dreno p/ suco 24		04	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	"	02				
FITA UMBILICAL	0	"	0*	ENFERMARIA:			
VICRYL	0	"	02	CIRCULANTE: Nervos			
PROLENE							

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 3390  
SAÚDE  
CONFIRME COM O ORIGINAIS

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

**PACIENTE** - Nome: Dion Berg Silva Mendes

Nº AIH: 237626

Nº do Prontuário: 253909 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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

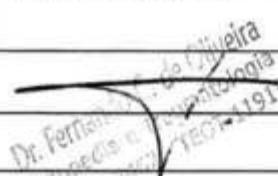
Código Ropm Nº	DESCRÍÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
<u>Cx-103</u>	<u>02 placas de reconstrução de 4,5mm de 5 e 6 furos</u> <u>parafusos ponticais nº 18</u> <u>nº 22(03)</u> <u>nº 24</u> <u>nº 26</u> <u>nº 28</u> <u>nº 32(03)</u>

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

Teresina 26 de Abrial de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J: \_\_\_\_\_

Assinatura: 

Cargo: \_\_\_\_\_

Nome: Flávia

*Dr. Fernando  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PI 11913  
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**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES

**5828856**

Código da  
Internação:

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-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

32 - Descrição do Procedimento Especial:

**0702030937**

**PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)**

Quant. Soli-  
cididata:

**2**

Fornecedor da OPM: **PIMMES**

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 rádio*

*Dr. Fernando Couto de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI - TECI 11913  
Assessoria Med.Sol. (CRM)  
DEPARTAMENTOS DE REGISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
20 AGO 2019  
GENTE SEGUROADORA S.A.  
Av. Coelho de Resende, 400 Log. C  
Teresina-PI*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF: **20162317384**  
Teresina-PI

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: **20162317384**

*Assessoria Med.Sol. (CRM)  
CRM-PI - TECI 11913  
Assessoria Med.Sol. (CRM)  
CRM-PI - TECI 11913*

*(ANTONIO EURIVAN)*

*Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME-HUT  
REFERE 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 N° PRONT. 158909 N° LAUDO: 237626

#### JUSTIFICATIVA

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

DATA: 16/05/19

ASSINATURA DO MÉDICO

*M. T. Mestrin Sérgio Leal Teixeira*  
CRM - 3131  
Sociedade Técnica - 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: 16/05/19

ASSINATURA DO AUDITOR

*Dra. Marilda da Silva Leal*  
Assessora de Auditoria (DRA/EMG)  
CRM-PI: 22.173.135-0  
CRA-PI: 93001

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



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

231626

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

199540

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

## 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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

EXAME CLINICO RX E TC

20 AGO 2019

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de outras partes da coluna lombossacra e da pelve e de partes não

24-CID Princ: S328

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

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: <b>0408040289</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL C/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL</b>	Tempo SUS: <b>8</b>
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01 CPF 776.327.023-34	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO</b>	34-Data Solicitação: <b>24/04/2019</b>	<i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Med. Cirurgista CRM-PI 3054</i>
		35-Ass.Carimbo Med.Soc.(CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-( <input type="checkbox"/> ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-( <input type="checkbox"/> ) 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: ( <input type="checkbox"/> )CNS    ( <input type="checkbox"/> )CPF	49-Num. Documento: <i>João Luis Mendes de Mesquita Matr. 27390 SAB 2017 CONFERE COM O ORIGINAL</i>
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):	Usuário: (CAIO VAZ) Consulta Local: 718403 Consulta SUS: Impressão: 24/04/2019 10:54:28

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Caio Vaz de Oliveira Neto*



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

IBAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
SPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matr. 47390  
SAU - HUT  
CONFED. CNT. O ORIGINAL

NOME Din Berg Sílvia menetes

IDADE \_\_\_\_\_ anos

DATA 26/04/2019HORÁRIO DE ADMISSÃO 16 hs 45 min

TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA

Fratura em pelve

CIRURGIAO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAÍDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>110/56</u>		<u>117x51 mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>70</u>		<u>84 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>97</u>		<u>96 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (0°C)	<u>/</u>		<u>/</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>/</u>		<u>/</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Sílvia</u>		<u>Sílvia</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 disonéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apneia	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 O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	
ESCALA DE DOR ALTA	

TOTAL	<u>09</u>	
ASS.	<u>Jotacínia de Oliveira</u>	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT  
CONTROLE SONDA / MASO / ENFILADOU  
20 AGO 2019

GENTE SEGURADA  
RUA 2000, Bairro: Centro  
Pantanal - Norte da Cidade, 60000-000  
CRM-PI 3386 / RQE 2836

Maria Jotacínia de Oliveira  
Cormetra  
CRM-PI 484-168

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente, admitido no PÓ de parto de paciente de pelve, nega lesão, sem ferimento

RAIO-X REALIZADO

DATA 26/04/2019Técnico: f

RESCRIÇÃO MÉDICA

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

ALTA SRPA

HORÁRIO

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

NCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]

OSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] ORT [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD



Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTBDO NÃO VERIFICADO  
20 AGO 2019  
INTERSEGURADORA S.A.  
Centro de Presente 465 Log C  
ntro-Norte CEP: 60.002-470  
Tr. residina-P

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESÓPOLIS - 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.	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:					
718403	258909	DIN BERG SILVA MENDES	01/06/1976	SALA VERDE			MATHEUS VILARINHO SERRA					
<b>Evolução:</b> QUEDA DE MOTO HA 40 MINUTOS REFERE DOR NO QUADRIL ESQUERDO SOLICITO RADIOGRAFIA E AVALLAÇÃO DA ORTOPÉDIA 08:52				<b>Alergias:</b>		<b>Diagnóstico/Comorbidades:</b>						
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:				Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons.:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dietas	ORAL TIPO ORAL ZERO,											
1	DIPIRONA SÓDICA 500MG/2ML, 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: *Base* *5/6*  
 DATA: *24/04/19* *10:15* *7010*  
*2018* *2019*  
*2018* *2019*

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA  
 DATA: *24/04/19*  
 MÉDICO: *Matheus*  
 EXAME: *abd tot*  
 LAUDO PROVISÓRIO

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA**

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

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

**HUT**

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

Atendimento	Frontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
716403	258909	DIN BERG SILVA MENDES	01/06/1976	SALA VERDE			MATHEUS VILARINHO SERRA				
<b>Evolução:</b> QUEDA DE MOTO HÁ 40 MINUTOS REFERE DOOR NO QUADRIL ESQUERDO SOLICITO RADIOGRAFIA E AVALLAÇÃO DA ORTOPEDIA 08:52				<b>Alergias:</b>	<b>Diagnóstico/Comorbidades:</b>						
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons.:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dietas	ORAL Tipo ORAL ZERO,										
1	DIPTERONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.			1,00	Ampola	EV	6/6h	AD			
2	TRAMADOL 1,00MG/2ML INJETÁVEL			1,00	Ampola	EV	SN				

Queda de moto  
Quadril esquerdo

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

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

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 4790  
SAME HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



## 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: SUS

### 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 Luisa 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-ILIACAS 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



Juana Luisa Mendes da Mesquita  
 Matrícula: 47300  
 SAME / HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL



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

## PROCURACAO PARTICULAR

### **OUTORGANTE** Din Bezg Silva mender

Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Casado	Profissão: autônomo
Identidade nº: 1.952.346.551-12	CPF nº: 860.902.833-04	
Endereço: R. Serra Branca n: 2799 Ruas encantadas Teresina		Piauí
CEP: 64.000-000	Telefone: (86) 99982-3093	

### **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 Vítima Din Bezg Silva mender

Timon-MA 09.08.2019

Local e data



Din Bezg Silva mender



- Vítima ou Representante Legal -



Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:  
Din Bezg Silva mender  
 Cartório do 1º Ofício  
 Timon-MA  
 Em Testemunho  
09.08.2019  
Ruth Maria de Oliveira  
 Encarregado Substituto

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0285880/19

**Vítima:** DIN BERG SILVA MENDES

**CPF:** 860.902.833-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/04/2019

**Titular do CPF:** DIN BERG SILVA MENDES

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 20/08/2019

Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA  
CPF: 703.754.703-44

Data do cadastramento: 20/08/2019

Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

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

**Valorização 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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

**Valorização 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
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI nº9.613/98.

Pelo exposto, eu maria do carmo prudomio da silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 00, 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 invalidiz 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:  DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

20 AGO 2019

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, 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>Verselha</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 prudomio 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
<b>Total</b>		<b>8,75 %</b>	<b>R\$ 1.181,25</b>	