

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEANDRO ALVES DA ROCHA**

Nº Sinistro: **3180530980**

Vítima: **LEANDRO ALVES DA ROCHA**

Data do Acidente: **08/06/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDSON FRANK MORAIS DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180530980**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13585324



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180530980

Vítima: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Data do Acidente: 08/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDSON FRANK MORAIS DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEANDRO ALVES DA ROCHA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13587593



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEANDRO ALVES DA ROCHA**

Nº Sinistro: **3180530980**
Vítima: **LEANDRO ALVES DA ROCHA**
Data do Acidente: **08/06/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDSON FRANK MORAIS DA SILVA**

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180530980**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **08/06/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Nº DO SINISTRO 3170033655 AC 0002143/17 < CAMPO PREENC



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LEANDRO ALVES DA ROCHA
PORTADOR(A) DO RG Nº 52.465.930-7 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 07/05/2017 E
CPF 023292933-36 /CNPJ 0000000000-000000-00, PROFISSÃO Advogado
E RENDA MENSAL DE R\$ 931,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LEANDRO ALVES DA ROCHA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos **não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:**

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

BANCO 001-BB AGÊNCIA 2660-3 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 42407-2

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL PARACOL-PI DATA 03/07/2017

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Leandro Alves da Rocha



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Banco Postal

Extrato de Conta Corrente ***

Agência : 24300005-AC CARACOL

Terminal: 99356317

Id.Trav.: 75107

Mto Aut : 112336

Caixa : 85275905

Data : 03/07/2017

Hora : 11:23

Flonário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5757801271

0363

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFIRMAÇÃO

AGÊNCIA: 2660-3

CONTA:

42.407-2

CLIENTE: LEANEO ALVES DA ROCHA

HISTÓRICO	DOCUM.	VALOR
17/03/2017		
Saldo Anterior		0,00C
N A G H A L A N C A M E N T O S		
Juros *		0,00
Data de Débito de Juros		01/08/2017
IOF *		0,00
Data de Débito de IOF		03/07/2017
(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.		
SALDO EM CONTA-SALÁRIO		0,00C

OBSERVAÇÕES:

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC

0800 729 0722

----- Extrato de Conta Corrente - SEM SENHA -----

AGENCIA: 2660 Conta: 00000042407 De: 18/06/2017 a 28/06/2017 Pag: 00001 / 00002

----- LEANDRO ALVES DA ROCHA -----

--- Para uso interno do BANCO, SEM VALOR LEGAL - dados sujeitos a confirmacao ---

Data Bal. Historico Documento Orig Lote V a l o r

1703 Saldo Anterior em 17/03/2017 0,00C

N A O H A L A N C A M E N T O S

----- SALDO ATUAL 0,00C

JUROS 0,00

IOF 0,00

----- PROG. DE RELACIONAMENTO - PONTOS JUN/17: 0

CONSULTE SEU EXTRATO DETALHADO DO PROGRAMA.

----- OBSERVAÇÕES:

- A TARIFA DESTE EXTRATO NAO SERA COBRADA

----- Há 100 anos o BB está com você no Piauí! -----

Sagorah Litor 094884 13/07/2017 16:48 - 00000002412

3140022350

802

I

9



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

DOCUMENTO 1 - *T196*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 159659.000097/2016-89

Unidade Policial: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CARACOL

Resp. pelo Registro: Cyro Nascimento Fonseca

Data/Hora: 20/09/2016 - 12:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CARACOL

Data/Hora

08/06/2016 - 14:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
CARACOL

Bairro

NÃO INFORMADO

Endereço

PI 144 - SENTIDO CIDADE CARACOL/PI AO POVOADO LAGOINHA, Nº: S/N

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

RG: 527659307 SSP PI

Mãe: MARLENE ALVES DA ROCHA

Pai: JOÃO BATISTA PEREIRA DA ROCHA

Endereço: POVOADO LAGOINHA, Nº S/N

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: CARACOL

Telefone(s): 89-8115-4855

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	CG150 FAN ESDI	2015	PIH0361	9C2KC1680FR570612	01039934061	Vermelha

Condutor: LEANDRO ALVES DA ROCHA
RG: 527659307 Órgão: SSP UF RG: PI
End: POVOADO LAGOINHA Número: S/N Complemento:
Cidade: CARACOL UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO
Proprietário: ROGER FERREIRA RIBEIRO
End: BAIRRO CEARENSE - RUA PROJETADA Número: S/N
Cidade: CARACOL UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE A VÍTIMA COMPARECEU A DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA PARA RELATAR QUE SOFREU UMA LESÃO CORPORAL ACIDENTAL NO TRÂNSITO, QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA NO LOCAL, DATA E HORA ACIMA QUALIFICADO; QUE NA OCASIÃO ESTAVA TRAFEGANDO NA ESTRADA, QUANDO UM MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO VINDO NO SENTIDO CONTRÁRIO INVADIU A PREFERENCIAL E O COLHEU; QUE A VÍTIMA RELATA QUE OS PRIMEIROS SOCORROS FORAM REALIZADOS PELO SAMU, SENDO IMEDIATAMENTE LEVADO PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE CARACOL/PI SÓ DEPOIS SENDO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL SENADOR CÂNDIDO FERRAZ NA CIDADE DE SÃO RAIMUNDO NONATO/PI, ONDE DEU ENTRADA NO MESMO DIA; QUE NO HOSPITAL REGIONAL SENADOR CÂNDIDO FERRAZ FOI CONSTATADO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E UMA FRATURA NO MÊMBRO INFERIOR ESQUERDO, ONDE ESTA ÚLTIMA LESÃO ATÉ HOJE PRODUZ DORES NA VÍTIMA; QUE FICOU COM UM ATESTADO DE 30 DIAS, FICANDO AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS E SEM TRABALHAR DESDE O DIA QUE SOFREU O ACIDENTE; QUE O NOTICIANTE INFORMA QUE AINDA HOJE SENTE FORTES DORES E SE ENCONTRA COM DIFICULDADES PARA DESEMPENHAR SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.



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

824 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 159659.000097/2016-89

Cyrolino Nascimento Fonseca
Cyrolino Nascimento Fonseca - Mat. 2861666
AGENTE DE POLÍCIA

Leandro Alves da Rocha
LEANDRO ALVES DA ROCHA - Noticiante
Responsável pela Informação

Carlos Franselmo Gomes Oliveira
Delegado de Polícia

CARLOS FRANSELMO GOMES OLIVEIRA
Delegado de Polícia

SEGUROPRA LIDER DEPUT 23 5 12/12/2016 16:27 - 00000014-072



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LEANDRO ALVES DA ROCHA, portador da carteira de identidade nº 52.765.930-7 e inscrito no CPF/MF sob o nº 023.292.933-56, residente e domiciliado na PV ALTO ALEGRE S/N B - RURAL, Cidade CARACOL, Estado PIAUÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei 6.194/74.

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

Leandro Alves da Rocha

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CARACOL 02/12/2016

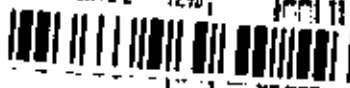
Local e data

12/12/2016 16:26 - 00000014068



**SAMU
192**

DOCUMENTO 2 72%



DOCUMENTO 2 72%

1001 111 1111 011 0110011

4006

CEATKOL
HOSPITAL DE NOVA FÓRÇA

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: 511

USB: 01

DATA: 08/06/16

LOCAL DA OCORRÊNCIA: ROD. JOÃO GABRIEL

NOME DO PACIENTE: Wesley Alves da Rocha

SEXO: M

IDADE: 32 anos

SAÍDA DO P.A. 14:41

CHEGADA AO LOCAL 14:47

SAÍDA DO LOCAL 15:14

CHEGADA AO HOSPITAL 15:23

SAÍDA DO HOSPITAL

CHEGADA AO P.A.

☐ AGRESSÃO FÍSICA

☐ AFOGAMENTO

☐ QUEDA

☐ JÁ REMOVIDO

☐ URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

☐ QUEIMADURAS

☐ MAL SÚBITO

☐ FALSO CHAMADO

☐ ENVENENAMENTO

☐ CHOQUE ELÉTRICO

☐ URGÊNCIA OBSTETRICIA

☐ OUTROS:

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

CAPACETE: ☐ SIM

☐ NÃO

ALCOOLIZADO: ☐ SIM

☐ NÃO

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
4 - Espontânea	5 - Fala coerente	6 - Obedece a comandos
3 - Ao comando verbal	4 - Desorientado e conversando	5 - Localiza a dor
2 - Ao estímulo doloroso	3 - Resposta inapropriada	4 - Flexão inespecífica (reflexa)
1 - Não abre	2 - Inarticulado (gemido)	3 - Flexão hipotônica (decebra)
	1 - Sem resposta	2 - Extensão hipotônica (decebra)
		1 - Sem resposta

PULSO RADIAL: 017

HEMORRAGIA:

☐ FORTÉ
☐ FRACO
☐ AUSENTE

☐ AUSENTE
☐ MÍNIMA
☐ MODERADA
☐ INTENSA

GLICEMIA:

mg/dl

SINAIS VITAIS:	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120 x 80</u>
PULSO (BPM)	<u>78</u>
SATURACÃO DE O ₂ (SpO ₂)	<u>99</u>
RESPIRAÇÃO (IRPM)	<u>18</u>
TEMPERATURA (°C)	<u>36,0</u>

OBSERVAÇÕES: Sistema de colisão de moto com moto, com suspeita de fratura no fêmur E, referindo muita dor no local

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ COLAR CERVICAL
☐ PRANCHA LONGA
☐ IMOBILIZAÇÕES
☐ CURATIVOS
☐ OXIGÊNIO

☐ ASPIRAÇÃO
☐ RCP
☐ DESFIBRILADOR
☐ KED

MEDICAMENTOS:

DESTINO:

☐ HOSPITAL MUNICIPAL ☐ OUTRO

ÓBITO:

☐ ANTES DO SOCORRO ☐ ANTES DO TRANSPORTE

PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL RECUSA:

☐ ATENDIMENTO

☐ SER ENCAMINHADO AO HOSPITAL

ASS. DO RESPONSÁVEL:

Wesley B. Dias
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

CONDUTOR SOCORRISTA

Ana Karina D. Carvalho
PROFISSIONAL DO HOSPITAL DE REFERÊNCIA



DOCUMENTO 2 *T24*



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-240/0001-00 (Insc. Estadual: 19.301.300-9)
Insc. Fiscal / Contrib. de Guerra: 000000000-0 - S/N: 0-1
Regime especial de tributação autorizado pela SIFAZ/00/08

Nº da Nota Fiscal 000322292

A Fatura Fiscal de Energia Elétrica - TEE, em conformância com a Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2016	18/11/2016	30	5,00

LEANDRO ALVES DA ROCHA
PV ALTO ALEGRE S/N B-RURAL
CPF: 00002329293356
CEP: 64.795-000 - CARACOL

ROT: 271.547.07.07.003000

DADOS DA LEITURA	Nº	DATAS DE LEITURA
Atual	4042	Atual: 11/11/2016
Anterior	4042	Anterior: 11/10/2016
Consumo de Instalação	1,000	Próxima Leitura: 12/12/2016
Consumo Médio	0	Entrega: 11/11/2016
Consumo Totalizado	30	Aprovação: 11/11/2016

Forma de Pagamento: MÍNIMO | Código de Verificação: 31

Características	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Módulo 12 dígitos
RESID. Bx. RENDA	MONO	A1422310		1.4.1.1	67

HISTÓRICO MÊS	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
OUT/16 0	CONSUMO 30 A R\$ 0,158135 = 4,74
SET/16 0	DIFERENÇA DE TARIFA 9,09
AGO/16 0	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 0,03
JUL/16 0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,03
JUN/16 0	
MAI/16 60	
ABR/16 114	
MAR/16 121	
FEV/16 108	
JAN/16 118	
TARIFA SEM TEMPOS:	
23 - 26 0,133200	

MENSAGENS IMPORTANTES: REAVISO DE VENCIMENTO

Mês/Ano Valor R\$ 10/2016 5,09
Atenção: a partir de 10/11/2016, o vencimento da fatura elétrica será alterado de 18 para 11/11/2016. O valor da conta não sofrerá alteração, o que representa uma antecipação de 7 dias. O valor da conta não sofrerá alteração, o que representa uma antecipação de 7 dias. O valor da conta não sofrerá alteração, o que representa uma antecipação de 7 dias.

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

RESERVADO AO FISCAL: 0CF9.A&DE.0686.0030.5450.9100.FF2B.7E42

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPÓSITOS/ABATIMOS - R\$
Distribuição: 4,88	Base de Cálculo:
Energia: 5,97	Adquição ICMS:
Transmissão: 0,72	Valor do ICMS:
Energia: 1,85	Valor do PIS:
Tributos: 0,41	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DEC	FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV
Índice	6,47	12,94	25,89	3,73	7,47	14,95	3,80				
Base de Cálculo	0,00			0,00			0,00				

Código: SÃO RAIMUNDO NONA

Parcela de pagamento: 09/2016 R\$ 2,45

ROT: 271.547.07.07.003000



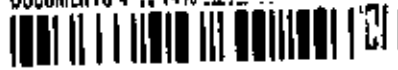
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-240/0001-00 (Insc. Estadual: 19.301.300-9)

SEU CÓDIGO: 1320224-3	TOTAL A PAGAR - R\$ 5,00
MÊS FATURADO: 11/2016	VENCIMENTO: 18/11/2016
Nº da Nota Fiscal: 000322292	FCAH

836900000000 8 05000017000 6 00000001320 1 22431116000 5



SEGUROCAPA LIDER OFERT 23 E 12/12/2016 16:26 - 000000014070



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, ROGER FERREIRA RIBEIRO, RG nº 3.065.336 SSP/PI com domicílio na cidade de Caracol no Estado do Piauí onde resido no Bairro Cearense. Declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima LEANDRO ALVES DA ROCHA.

Veículo: HONDA/CG150 FANTOS
 Ano: 2015
 Modelo: 2015
 Placa: PIH0361
 Chassi: 9C2KC1680FR570612

Data do Acidente: 08/05/2016

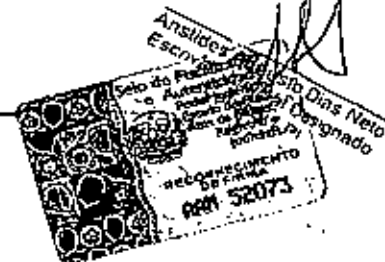
Local: Povoado Lagoinha - Caracol - PI, 28 de Junho de 2016.

Roger Ferreira Ribeiro

ASSINATURA DO DECLARANTE

Leandro Alves da Rocha

ASSINATURA DO CONDUTOR



SECRETARIA LÍDER DEPART 23 & 12/12/2016 16:27

RECONHECIMENTO

Reconheço e(a) firma(s) da
 da verdade
 da verdade

Artistas Augusto Dias Neto
 Fernando Desiderio

ASL-0005589/17
 SINDOS CORREIO.802
 11/01/2017 14:30:02



Hospital Regional

SENADOR JOSÉ CÂNDIDO FERRAZ

HOSPITAL REGIONAL SENADOR CÂNDIDO FERRAZ

Praça Capitão Neuton Rubem, 1351 - Aldeia - Fone: (89) 3582-1413

São Raimundo Nonato - Piauí - CNPJ 06.553.564/0020-09

Paciente:

Larissa Farias da Rocha

60. Mês Pós-Operatório do
 fúrcula do fúrcula (P) R.
 fúrcula Cervical - com
 osteóplastia com soldagem

SEGURADORA LIDER DPVAT 23 & 12/12/2016 16:59 - 00000014059

C.R. 572-9

Dr. Raul Ruben de Macedo Neto
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM-PI 3416
 TEO-1-12345

01/12/16

Data

Assinatura Médico

Este Hospital é amigo da criança



Carimbo Município Solicitante

898003734890901

Ficha de Marcação Consultas / Exames

Procedimento(s) (Em caso de exame solicitar no máximo 3)

ORTOPEDIA

Este procedimento é pago pelo SUS, é proibida a cobrança de taxas.

Nº do Cartão SUS

898003734890901

Nome do Paciente (Preencher sem abreviar)

Liambrun Alves da Rocha

Nascimento

23/04/1984

Idade

32

Sexo

M

Documento do Paciente (Tipo, número)

RG: 526765-930-7 SSP-PR

Nome da Mãe

Marlene Alves da Rocha

Endereço (Logradouro, número)

Lagoa Preta

Bairro

(20m de R. R. Localidade) Lagoa Preta

Complemento

CEP

64.795-00

Município

Caracul

UF

PE

Fone

Data da Solidação

29.11.2016

Dados Clínicos

Fratura de joelho E HAT
05 meses

Carimbo Assinat. Médico Solicitante

Dr. Francisco Ronaldo da Silva

Médico CRM-PE 2092

CPF: 138.844.903-75

Protocolo CERAS:

Agendamento - Marcação Via Central

Local do Atendimento

Nome do Profissional

Endereço

Data e Hora do Comparecimento

Carimbo Assinat. do Resp. pelo Agendamento

Caro Usuário,

Número do Agendamento:

Compareça ao local de atendimento 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha e/ou assine quaisquer documentos se for atendido(a).



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARACOL - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Cap. Aureliano Dias, 334 - Centro - CEP 64795-000 - Caracol - PI
CNPJ 02.865.724/0001-23 - Fone/Fax: (89) 3594.7



GAE - GUIA DE ATEN

URGÊNCIA

Nome: Brandre Alves da Rocha
Cartão SUS: 18191810101371314181910191011
RG: 52765930-7 Data de Expedição: 07/05/10 UF: SSPISP
CPF: 023292933-56 Data Nasc.: 13/04/84 Sexo: (X)M ()F
Registro de Nascimento N° L: A 031; Fls: 16v; M: 00786 Fone: (89) 981154866
Endereço: Povoado Bazonha Bairro: Zona Rural
Cidade: Caracol UF: PI CEP: 64795-000
Pai: João Batista Pereira da Rocha
Mãe: Marlene Alves da Rocha

Resumo da Anamnese e Exame Físico:

Horas: 5:30

Paciente vítima de colisão de moto, com suspeita de fratura do fêmur "E", relatando dor intensa no local.

Diagnóstico Provável: H.D: Fratura no fêmur

Exames Solicitados: Raios X da Pernas "E"

Procedimentos Realizados: medicações e imobilização do local

Data	Prescrição	Enfermagem
08.06.16	Voltaren Somp. IM agora	Ana Kássia
08.06.16	dipirona Somp. EV + AD agora	Ana Kássia

Responsável pelo preenchimento:

Enf. Gláucia Dias de Mendo
Neta. COREN-PI 335-890

Data: 21/09/16 Hora: 09:45

[Assinatura]
Médico - CRM-PI 2092
CPF: 138.871.903-78

Assinatura e carimbo do Médico

SECRETARIA LIDER DEPT 23 R 12/12/2016 16:28 - 000000014079

532
2
C

HOSPITAL G

NOTA FISCAL

Leandro Alves da Rocha

P/ 107-4

Dr. Wilson Rodrigues

PRONTUÁRIO MÉDICO

Alt. 134846
Alta - 21.06.16

SEI/PROPR L188-00007-4090
16:28 - 12/12/2016

Assinatura do Médico
025-111123

HOSPITAL G
CONDOMÍNIO ORIGINAL
CNPJ 11.000.000/0001-00
Eduardo Silva
RUA ... 100-9
Cidade ... 012-07
ANO DE ...

ORT.
06/16

Ficha de Encaminhamento

Da Unidade	M. R. T. M.	Para:	M. S. V.
------------	-------------	-------	----------

Nome da Pessoa Encaminhada	Registro
Leandro Almeida de Faria	05630/11

Motivo do Encaminhamento: 302

Erinnere dich an Körper
harmlos Σ

Observações:	11/11/2011	57.274
--------------	------------	--------

Dr. Conquindes R. Silva Clínica: Traumatologia CRN 2572 RBOF: 7348	Obs.: Deve ser arquivada no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional.
Responsável Pelo Encaminhamento	Em: <u>AS1/10/1992</u>

Ficha de Retorno

Para Unidade: 2017 14-3	Para: 2017 14-3
-------------------------	-----------------

Nome do Cliente:	Registro Original
------------------	-------------------

Diagnóstico e Orientações:

HGVISERVIÇO SOCIAL
Atendimento aberto de prontidão
Teresina - P. 061-1111

<u>17/03/1977</u> <u>07</u> Responsável Pelo <u>17</u> Diagnóstico	Obs.: Esta ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada. <u>17</u> <u>Val</u>
---	---

3E6JNFB08A-110DE; DPURT. 23 & 12/12/2016 16:28



Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

134846

Prontuário: 130432 LEANDRO ALVES DA ROCHA

Endereço: LOGGINHA

Cidade: CARACOL

0 ZONA RURAL

UF PI CEP: 64795-000

sexo: M DT. Nasc: 13/04/1984 Idade: 32 Anos 2 Meses 4 Dias Estado Civil: U Profissão: TRABALHADOR RUF

edasilro: 17/05/2016 Telefone: 89 8115.4866 Cartão SUS: 8980037348909017 CPF: 02329283356

ai: JOAO BATISTA PEREIRA DA ROCHA

lãe: MARLENE ALVES DA ROCHA

ênjugo:

esponsável: LUCINEIDE PASSOS DOS REIS

Endereço: LOGGINHA

Cidade: 3156

0 ZONA RURAL

UF PI CEP: 64795-000

uelxa Principal:

D.A.

it. Pessoais:

it. Hereditários:

ames Físicos:

Geral:

abeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

agnóstico:

mo Terapêutico:

ata / Hora:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

SENAROR LIDER UPUR 23 e 12/12/2016 16:28 - 00000014082

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL GETULIO VARGA	LEANDRO ALVES DA ROCHA	NASCIMENTO 13/04/1984	Indlmento
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL GETULIO VARGA	O.L. LÉBERA: 20/06/2016 PROCED.: 0408050586 OP. SIS1: LUP HHA CID: S729	DT. LAUDO: 17/08/2016 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA	134846
5 - Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA	ASS. MEDICO RESPONSÁVEL	6 - Prontuario: 130432	
7 - CNS: 595003734890901	8 - Nascimento: 13/04/1984	9 - Sexo: M	CPF: 023.292.933-56
11 - Mãe: MARLENE ALVES DA ROCHA	12 - Fone: 89-8.1164895 / 81034080	14 - Cor: PARDAS	2017-310.802
13 - Resp: LUCINEIDE PASSOS DOS REIS	15 - Endor: LOGGINHA	16 - CEP: 64795-000	17 - Cod. IBGE: 220250
18 - Múnte: CARACOL	18 - UF: PI	RO: 162765-0307	

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:	<i>[Handwritten: Fratura de fêmur]</i>		
21 - Condições que justificam a internação:	<i>[Handwritten: Síndrome de Compartmento]</i>		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados):	<i>[Handwritten: ASL - normal]</i>		
23 - Diagnóstico Inicial:	24 - Cid P. Inc.: 8720	25 - Cid Sec.: 8720	26 - Cid C. Ass.: 8720
FRATURA DO FEMUR, PARTE NAO ESPECIFICADA	<i>[Handwritten: Síndrome de Compartmento]</i>		

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.: 0408050586	27 - Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA DOS CONDILOS DO FEMUR	Tempo SUS
29 - Clínicas: DERMATOLOGIA	30 - Caracter.: 02	31 - Documento: CPF 18400817320
32 - Nome Profissional / Assistentes: JOSE WILSON RODRIGUES	33 - Data de Solicitação: 17/08/2016	34 - Assinatura: <i>[Handwritten: Fábio Sousa Silvestri]</i>

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

35 - () Acidente de Trânsito	36 - CNP. Seguradora:	42 - Nº. Bônus:	43 - Sorte
37 - () Acidente de Trabalho Típico	41 - CNP. Empresa:	44 - CNAB. Empresa	44 - CBOR
38 - () Acidente de Trabalho Típico	40 - CNP. Empresa:	43 - CNAB. Empresa	44 - CBOR
45 - Vinculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47 - Data Autorização: 20/06/2016
48 - Documento: 1	49 - Num. Documento: 1
50 - Ass. Carimbo (RG Carimbo)	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	52 - Assinatura Profissional:
<i>[Handwritten: Lucineide Passos dos Reis]</i>	<i>[Handwritten: Fábio Sousa Silvestri]</i>

SINAL
Emissão: 11/08/2016
Matrícula: 510553-9
CPF: 275.590.303-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

BOLETIM DE CIRURGIA

Abreu AIH
0408050624CLINICA: Dermatologia LEITO: 42/06 PRONTUARIO: 430432NOME: Leandro Alves da Rocha DATA NASC: 13/04/84DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Acne vulgar

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Acne vulgar Nº SALA: 11CIRURGIÃO: Dr. Wilson CRM: PIAUXILIARES: 1ºINSTRUMENTADOR(A): Dr. Wilson CIRCULANTE: Ana Maria

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO:

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM () NÃO QUAL?

DATA: 18/06/16 HORA: 11:50

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 14 - HGV

ASL-0102-889/17

31125-0000

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

ASL-0005630/17

31125-0000

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

1/10/17

SEGUNDO LIDER DEPART 23/12/2016 16:28 - 000000014084

Edna P. Silva

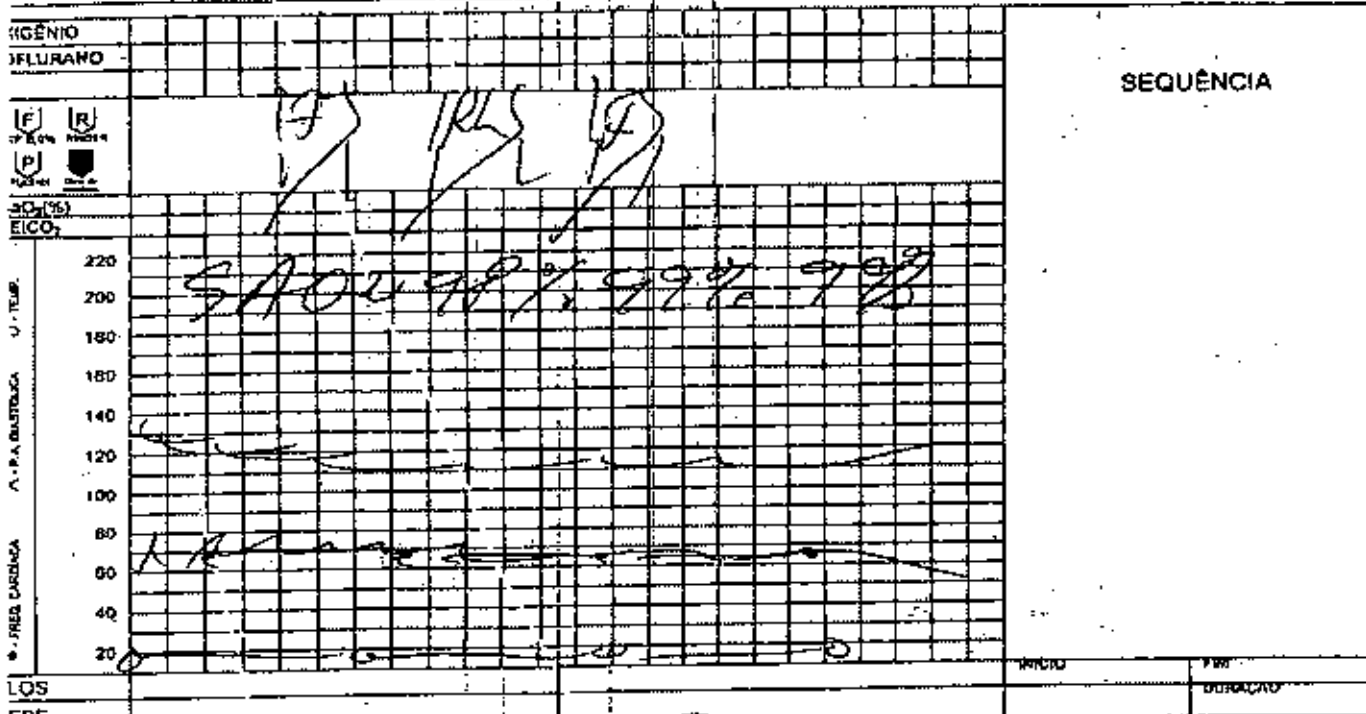
Márcia L. Silva

CPF: 275.080.300-37

CÓPIA DE PRONTUÁRIO

18062016 11
PRONÓSTICO 130432

NOME: João da Silva Rocha IDADE: 320 DATA DE NASC: 12/04/84 PESO: 70 SEXO: M
 ENDERECO: Trav. em Frutosa de Faria ESTADO FÍSICO ASA: 1
 DOENÇAS PREEXISTENTES: 12/04/84 RESPIRATÓRIO: 12/04/84 TEMPERATURA: 36,4 PESO: 70 ALTURA: 1,75 OUTROS:
 GLOBULINA: 12/04/84 HEMATOCRITO: 12/04/84 Glicemia: 12/04/84 UREA: 12/04/84 CREATININA: 12/04/84



ANESTESIA: 09/10/2016 12/04/84 12/04/84
 EQUIPAMENTO: 12/04/84 12/04/84 12/04/84
 MONITORIA: 12/04/84 12/04/84 12/04/84
☒ EEG ☐ PVC ☒ Oxigênio ☐ 12/04/84
☐ PAM ☐ PANT ☐ Capnógrafo ☐ 12/04/84

GASES	l/min	Início	Fim	Tempo
Oxigênio				
Ar Medicinal				

DICAMENTOS UTILIZADOS

na	Amp	Dipemina	Amp	Neostigmina	Amp	Rendfenil	Fras
alina	Amp	Dormonid	Amp	Nitride	Amp	Rentidina	Amp
dest. 10ml	Amp	Lifortil	Amp	Nordrenalina	Amp	Ringer-Lactado	Fras
500mg	Fras	Efedrina	Amp	Neocaina 1%	Amp	Sufentanil	Amp
olida 1g	Amp	Fentanil (amp)	Amp	Neocaina 2%	Amp	S. Fisotóp. 0,9%	Fras
ino	Amp	Fentanil (amp)	Fras	Omeprazol	Fras	S. Glucosado 5%	Fras
9 ()	Fras	Saroflureno	Mq	Pancuronio	Amp	Tractum	Amp
oliasone	Amp	Hidrocortisone	Fras	Profenid	Amp	Transamin	Amp
38m	Amp	Isosufeno	nd	Propofol	Fras	Novobupr 0,6 v	Fras
10/12/01/01/01	Amp	Manitol	Fras	Prolemina	Amp	Neocaina 2%	Fras
12	Amp	Morondazol	Fras	Quelicin	Fras		
amila	Amp	Narcan	Amp	Quetmina	Fras		

3. 60 - HQV

José Miguel de Almeida Silva
 Anestesiologista - CRM 124240358
 Assinatura: João da Silva Rocha

ORIGINAL GETULIO VAS...
 CONFERENCE ORIGINAL
 Em 11/04/16
 Edna... Silva
 Matrícula 124240358-9
 CPF: 275.121.013-97
 CÔNDA DE...

SEQUIR008 1102P DEPT 25 & 12/12/2016 16:28 - 00000014085

GERAL

Dados do Paciente		
Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA	Nascimento: 13/04/1984	Estado Civil: União Estável
Prontuário: 130432		
Cartão SUS: 898003734890901		

Observação: Caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo.

Representante / Responsável Legal		
Nome: LUCINEIDE PASSOS DOS REIS	Nascimento: 13/04/1984	CPF: 01422451356
Estado Civil: União Estável		
Parentesco: COMPANHEIRO (A)		

Eu, _____
 (paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença _____
 devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/ doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que será/será submetido, tais como:

1. Risco anestésico
2. anestésico
3. anestésico
4. anestésico
5. anestésico

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 17/06/2016

Dr. Themistocles Ramos
 CRM 27981/PI
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

X Lucineide Passos dos Reis
 Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Assinatura do Médico Responsável - CRM

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel: 86-3221-3040

HOSPITAL GERAL DO VALE
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em _____
 Edna Maria
 Matrícula
 CPF: 275.034.011-87
 CÓPIA DE PRONTUÁRIO

SEQUESTRADA LIDER OFIAT 23 E 12/12/2016 16:29 - 000000014056

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Paciente: Leandro Alves da Rocha DATA DE NASCIMENTO: 13/08/79 Promotor: Dr. Wilson

Confirmar com o paciente:
 Identidade (nome e data de nascimento): ☒ Sim ☐ Não
 Jejum? ☒ Sim ☐ Não
 Procedimento programado: Proctomia

Sítio demarcado: ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica
 Usar dispositivo médico? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica
 Está na sala e conferido?

Consentimentos informados preenchidos e assinados:
 Para a anestesia: ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica
 Para a cirurgia: ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica
 Exames de imagens essenciais estão disponíveis?
 () Sim ☒ Não () Não se aplica
 Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário):
 () Sim ☒ Não
 Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis na sala?
 () Sim ☒ Não
 Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando?
 () Sim ☒ Não
 O paciente possui alergia?
 () Sim ☒ Não
 Quais?
 O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração?
 () Sim ☒ Não
 Equipamentos para assistência disponíveis? () Sim ☒ Não
 O paciente tem fluxo da perda sanguínea > 500 ml (tempo > 7 ml/kg)? ☒ Sim ☐ Não
 Tem acesso endovenoso adequado () Sim ☒ Não
 Tem reserva de sangue

Chagas Wilson
Cirurgião

Procedimento realizado: Proctomia
 Contagem das compressas correta
 () Sim ☒ Não ☐ Não se aplica
 Contagem dos instrumentos cirúrgicos
 () Sim ☒ Não ☐ Não se aplica
 Contagem de agulhas correta?
 () Sim ☒ Não ☐ Não se aplica
 As anastomoses/bóscias para a anastomose
 Identificadas (nome do paciente e antônimo de origem, quantidade)
 () Sim ☒ Não ☐ Não se aplica
 Registros completos no prontuário
 Do procedimento intraoperatório ()
 Do procedimento anestésico ()
 Todos os medicamentos administrados
 Checados? ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica
 Todas as recomendações médicas e operatório imediato estão prescritas
 () Sim ☒ Não
 Há algum problema com equipe
 Resolvido? ☒ Sim ☐ Não
 Qual?

MOD.135-HGV

Anestesiologista: Dr. Wilson
 Anestesiologista: Dr. Wilson
 Instrumentador (a): Durvalina
 Circulante: Anna Maria
 Enfermeira: Anna Maria
 Técnico de Enfermagem: Anna Maria
 COREN-PI 487.084

17/10/2017

17/10/2017

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Em: 11/08/2017

Edna Silva

Matri.: 11.08.2017

CPF: 279.060.303-97

CÓPIA DE PRONTUÁRIO

VI) CIRURGIA: Você já realizou alguma cirurgia: () Não () Sim.

Qual(is): 3 cirurgias na última década

Qual o ano?

(VII) EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

O paciente apresenta necessidade de Educação multiprofissional: () Sim () Não

Em que necessidade: () Cirurgia () Pós-ala () Hábitos alimentares/Dietoterapia () Autocuidado/Hábito de vida diária () Outro, especifique: 11/11/17

Pessoa envolvida no processo de Educação multiprofissional: () Paciente () Acompanhante () Familiar

Realiza algum tratamento especializado: () Sim () Não

Qual:

(VIII) NECESSIDADE ESPECIAIS:

1. O paciente faz parte de populações especiais? () Não () Sim () Não se aplica

() Criança

() Idosos debilitados

() Adolescente

() Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos

() Indígena

() Outro, Qual?

2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada?

() Alimentação

() Linguagem

() Deambulação/Mobilidade

() Surdo e mudo

() Sono e repouso

() Comunicação

() Acompanhante

() Outros, Qual?

3. Registre os cuidados especiais e serem realizados.

IX) INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Trouxe exames? () Não () Sim, Qual(is)?

O Sr. ou Sr.^a gostaria de fazer alguma pergunta em relação a estes folders?

() Não () Sim. Folder de direitos e deveres do paciente

() Não () Sim. Folder de Higienização das mãos

() Não () Sim. Folder do Risco de quedas

() Não () Sim. Identificação com pulseira

O Sr. ou Sr.^a gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Nome:

Identificação/Responsável:

Assinatura:

Grav de parentesco (se aplicável):

Data: 17/06/16

Hora: 04h

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO

ASL-0102

SR. JOS. CARLOS

11/11/17

ASL-0102

HOSPITAL GERAL DO PARO

CONF. ORIGINAL

EM 11/11/17

CPF: 075.000.000-00

CÓPIA DE PROTOCOLO

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST - PÓS-OPERATÓRIO

NOME: *João Carlos Alves de Rocha* DN: *00/07/1989*
 DO: CENTRO CIRÚRGICO *19/17*
 PARA CLÍNICA: *Derme to* DATA: *11/10/2017* HORÁRIO: *10:30*
11/2017

Nº	ITENS A SER CHECADOS ANTES DE O PACIENTE RETORNAR A CLÍNICA	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira, nome completo e data de nascimento).	☒
2	Confirmar com o enfermeiro (a) do setor qual será o leito do paciente, informando as condições clínicas do mesmo.	☒
3	Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário.	☒
4	Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso).	☒
5	Verificar se os exames estão anexados ao prontuário.	☒
6	Verificar se há solicitação de rai-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia.	☒
7	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo a dor).	☒
8	Fazer o registro de enfermagem no prontuário.	☒
9	Solicitar o maqueiro para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	☒

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO.	ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO.
<i>Letícia Luz</i> Enfermeira COREN 372955 <i>11/10/2017</i>	<i>11/10/2017</i> <i>10:30</i> <i>14:26:24</i>

OBS: O paciente deve ser encaminhado à clínica e radiologia obrigatoriamente do maca. O preenchimento deve ser feito pelo enfermeiro ou técnico do CC.

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 88 - 3221-3040

CPF: 076.000.000-00
CÓPIA DE P...

Paciente: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Identificador: 130432

Nasc.: 13/04/1984

Idade: 9292

Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES

Clínica Solicitante: AMB DERMATOLOGIA

Unidade Internação / Leito: DERMATOLOGIA / 112

Plano de Saúde: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 134846

Idade: 32a 2m 5d

Sexo: M

Data Pedido: 17 de Junho de 2016

Data do Laudo: 17 de Junho de 2016

EMOGRAMA COMPLETO

HISTOGRAMA

Referências

Unidade

Hemácias em milhões/ml.....: 4,03

Hemoglobina em g/dl.....: 12,00

Hematócrito em %.....: 36,00

Índice Glob. Média em u3.....: 89,33

M. Glob. Média em u3.....: 29,78

H. Glob. Média em %.....: 33,33

Diagnóstico: DISCRETA ANISOCTOSE

Valores de

Homem

4,5 - 6,5	3,9 -
5,8	
13,5 - 18,0	11,5 -
16,4	
40,0 - 54,0	36,0 -
47,0	
	76,0 - 96,0
	27,0 - 32,0
	32,0 - 36,0

LEUCOGRAMA

Valores Encontrados

Leucócitos por ml.....: 9.190

Neutrófilos.....

Linfócitos.....

Monócitos.....

Eosinófilos.....

Basófilos.....

Plaquetas.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

Índice.....

4.000 - 10.000

0

0 - 1

1 - 3

40 - 75

1 - 6

0 - 1

20 - 45

2 - 10

142.000 mm³ a 450.000 mm³

LAUDO DE EXAMES
17/06/2016
11:53

HOSPITAL GETULIO VARGAS

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Em 11/06/2016

Edna Maria da Silva

Matrícula: 11.111.111-9

CPF: 11.111.111-97

CÓPIA DE PRESENTAÇÃO

MARIA DO ROSARIO CONCEICAO MOURA NUNES

1839

SEGUROSA LUCAS DEFRIT 23 e 12/12/2016 16:29 - 00000014091

Terresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.554/0104-43

134040

Contato: 130432 Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA
Endereço: LOGGINHA 0 ZONA RURAL
Idade: CARACOL UF: P CEP: 64795-000

Sexo: M DT. Nasc: 13/04/1984 Idade: 32 Anos Estado Civil: U Profissão: TRABALHADOR RURAL
Cadastro: 17/06/2016 Telefone: 89-8115.4866 Cad SUS: 898003734890901 CPF: 02329293356

Justificativa:

Data	Assinatura
7/10/16	E. Saucedo Passos dos Reis
3/10/16	E. Saucedo Passos dos Reis
1/10/16	E. Saucedo Passos dos Reis
1/1/16	
1/1/16	
1/1/16	
1/1/16	
1/1/16	
1/1/16	
1/1/16	
1/1/16	
1/1/16	
1/1/16	
1/1/16	
1/1/16	

Assinatura: _____

Ass. Médico Solicitante

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura - CPF

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Em 11/08/16
Edna Maria da Silva

SEQUIBORA LIDER DEPT 23 & 12/12/2016 16:23 - 00000014092

SEBASTIAN LIPER, DEPT 23 & 12/12/2016 16:27 - 000000014078

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180530980 **Cidade:** Caracol **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO ALVES DA ROCHA **Data do acidente:** 08/06/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, COM DATA DE 01/12/16, EMITIDA PELO DR. RAUL RUBEN DE MACEDO NETO, CRM No. (PREJUDICADO), DO HOSPITAL REGIONAL SENADOR CÂNDIDO FERRAZ, EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042743/17

Vítima: LEANDRO ALVES DA ROCHA

CPF: 023.292.933-56

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/06/2016

Titular do CPF: LEANDRO ALVES DA ROCHA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de Identificação

DUT

Outros

DOCUMENTO 8 "T8%"



LEANDRO ALVES DA ROCHA : 023.292.933-56

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.

Portador da documentação entregue

Data: 30/01/2017

Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA

CPF/CNPJ: 023.292.933-56

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 30/01/2017

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

LEANDRO ALVES DA ROCHA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2017

Dependência 802

Carta N° 009

Guia de ASL
SEGURADORA LÍDER DPVAT

DESTINATÁRIO: VINICIUS SILVA

[illegible]

SEQUESTRADA LINDA DEPUAT - 7 - 18/01/17 16:23 - 000153118

59.51

93

ROT: 271.547.07.03.265302

Assinatura	12/08/2016
Arquiteto	13/07/2016
Projeto Arquitetônico	13/09/2016
Engenheiro	12/08/2016
Aprovação	12/08/2016
Desenho de Construção	20

1.1.1.1 104

DESCRIÇÃO DA CONTA		104
CONSUMO	90 A R\$ 05/11/43 =	
CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSTIP)	06/16-00	53,20
CORRECAO MONETARIA JG. 06/16-00		3,95
MULTA POR ATRASO 06/16-00		0,50
JUROS DE MORA DE IMPO 06/16-00		1,23
		0,63

Unidade consumidora sujeita a pagamento de fornecimento de energia elétrica e ferir de 27 de maio de 1960, e não pagamento no prazo estipulado e início do nome do consumidor na SONEP. Caso tenha violado o pagamento favor desconsiderar este título.

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CENTRAIS DE ATENDIMENTO. EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHAMUNGUITA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUAS LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 3 10 15 20 25

INVESTIMENTOS 45	
Rate do Cêdulo	53,20
Afutura IONR	20,00%
Valor do IONR	10,64
Valor do IRS	0,53
Valor do CORNOR	2,44
Obrigaçôes	

	Plano	Trimestral	Anual	Plano	Trimestral	Anual	Plano	Trimestral	Anual
Unidade	6,47	12,94	25,89	Unidade	7,47	14,95	Unidade	8,47	16,94
Acrescimo	0,00			Acrescimo	0,00		Acrescimo	0,00	

Comunidade: SAO. RAFAEL NUNO

Atividade: 06/2016

Valor: 24,84

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO SELETORIAL

NOME DO ELEITOR
ROGER FERREIRA RIBEIRO

DATA DE NASCIMENTO
23/02/1987

MUNICÍPIO DE
CARACOLITE

ESTADO
PIAUÍ

ASSINATURA DO ELEITOR
Roger Ferreira Ribeiro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

FOTO

ASSINATURA DO TITULAR
Roger Ferreira Ribeiro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ASSINATURA DO TITULAR
Roger Ferreira Ribeiro

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.065.336 DATA DE EMISSÃO 21/08/07

NOME
ROGER FERREIRA RIBEIRO

PAI
CLAUDELINA FERREIRA RIBEIRO

MAT. CIVIL
JEZO RIBEIRO

DATA DE NASCIMENTO
23/02/1987

MAUA-SP

CERT. NASC. 61913 L A72 F 223

EXP. MAUA-SP 07/08/89

LEI Nº 7.116 DE 26/06/03

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:26:30

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:26:30

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 044.687.153-24
Nome ROGER FERREIRA RIBEIRO
Nascimento 23/02/1967

VALIDO EM CONJUNTO COM COMPROVANTE DE IDENTIDADE

SEMPRE LIGER POR 23 E 12/12/2016 16:27 - 000000014073

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:26:30

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:26:30

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:26:30

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:26:30

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:26:30

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Condôminos do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005689/17
Vítima: ROGER FERREIRA RIBEIRO
CPF: 044.687.153-24

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/09/2016
Titular do CPF: ROGER FERREIRA RIBEIRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro:

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
OUT
Outros

ROGER FERREIRA RIBEIRO : 044.687.153-24

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.

Portador da documentação entregue

Data: 04/01/2017
Nome: ROGER FERREIRA RIBEIRO
CPF/CNPJ: 044.687.153-24

ROGER FERREIRA RIBEIRO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 04/01/2017
Nome: EWERTON GEVEZIER SUARES
CPF: 109.320.367-67

EWERTON GEVEZIER SUARES



DPVAT

Seguradora Líder

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04 32

Twitter.com/dpvatuficial

Facebook.com/dpvatuficial

site: www.vivosegurodotransito.com.br

POSTA

SEGURA

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:32:17

ASL-0005689
smbs.correio.802
11/01/2017 14:32:17

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:32:17

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:32:17

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:32:17

REMITENTE / Remitter	TELEFONE / Phone Number	PAIS / Country
Leandro Alves da Rocha	981007794	BR
ENDERECO / Address	UF / State	CIDADE / City
Av. B. alto alegre	PR	Caracol
CEP / ZIP	64795000	



RECOLAR MATERIAIS E PRESTAR O MEIO AMBIENTE AT

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:32:17



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA LEANDRO ALVES DA ROCHA
DATA DO ACIDENTE 08/06/2016 CPF DA VITIMA 023.292.935-56
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO LEANDRO ALVES DA ROCHA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARIENTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR PV ALTO ALEGRE
Nº NS COMPLEMENTO _____ BAIRRO RURAL
CIDADE CARACOL UF PI CEP 64795-000
E-MAIL LEANDROALVES@HOTMAIL.COM TELEFONE (12) 98100-7794

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE - R\$ 15.500,00
* INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 33.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI Nº 4774.
* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 7.700,00 (REEMBOLSO EM ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS)

PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO PLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS 100% NESTE FORMULÁRIO

ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR 15 SAC DPVAT 0800-022 3704

TAOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 02/12/2016
IDENTIDADE 52.765.930-7 557-57
ASSINATURA Leandro Alves da Rocha

DATA 02/12/2016 MATR. CORREIOS 857.6374
NOME ESDRAS MISAEL PORTO CARVALHO
ASSINATURA Esdras Misael Porto Carvalho



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Cartã nº: 10488535

DOCUMENTO 1 *T19*



A/C: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170073655 ASL-0042743/17

Vítima: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Data Acidente: 08/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 18/01/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 08/06/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

SINISTRO 3170073655 ASL-0042743/17 29-01-2017 11:21 004197 1/1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042743/17
Vítima: LEANDRO ALVES DA ROCHA
CPF: 023.292.933-56

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/06/2016
Titular do CPF: LEANDRO ALVES DA ROCHA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

LEANDRO ALVES DA ROCHA : 023.292.933-56

Autorização de pagamento

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.

Portador da documentação entregue

Data: 31/03/2017
Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA
CPF : 023.292.933-56

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 31/03/2017
Nome: Sharon David Mendes
CPF: 172.999.967-07

LEANDRO ALVES DA ROCHA

Sharon David Mendes

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br



LEANDRO ALVES DA ROCHA		TELEFONE / Phone Number	
ENDEREÇO / Address			
RUA PROJETADA, 54 - ALTO ALEGRE		UF / State	PAÍS / Country
CIDADE / City		BR	
CEP / Zip		CARNIOL	
6	4	7	9
5	0	0	0

21/0043655 09/2012/43/17

RECYCLAR MATERIAS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



DEVOLUÇÃO	
☐ NÃO USE	☐ NÃO PRECISO
☐ RECLAMAR	☐ NÃO PRECISO
☐ RECLAMAR	☐ NÃO PRECISO
☐ RECLAMAR	☐ NÃO PRECISO
☐ RECLAMAR	☐ NÃO PRECISO
TENTATIVAS	
1	1
2	1
3	1
4	1
5	1
6	1
7	1
8	1
9	1
0	1
Informação	
☐ Reintegrar	☐ Reintegrar
Data	



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LEANDRO ALVES DA ROCHA
DATA DO ACIDENTE 08/06/2016 CPF DA VÍTIMA 023.292.933-56
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR N VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR ROV ALTO ALEGRE - RUA
Nº 514 COMPLEMENTO LASA BAIRRO RUA
CIDADE CAIACARA UF Pi CEP 64395-000
E-MAIL _____ TELEFONE (89) 981007394

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERNEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ OUTROS DOCUMENTOS
- * OBS: REPRESENTANTE LEGAL

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERNEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ OUTROS DOCUMENTOS
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 7.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVEREM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/07/2017
IDENTIDADE 52.265.930-7 SSBV
ASSINATURA Leandro Alves da Rocha

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 03/07/2017 MATR. CORREIOS 8.523.590.5
NOME WESLEY DE ASSIS
ASSINATURA Wesley de Assis

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA			
Nacionalidade: Brasileiro	Estado Civil: Casado	Profissão: Lavrador	
RG: 52.765.930-7	Org. emissor: SSP/SP	D. Expedição: 07/05/2010	CPF: 023.292.933-56
Endereço: Povoado Alto Alegre		Nº S/N	Bairro: Zona Rural
Cidade: Caracol		Estado: Piauí	CEP: 64.795-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: EDSON FRANK MORAIS DA SILVA			
Nacionalidade: Brasileiro	Estado Civil: Divorciado	Profissão: Autônomo	
RG: 2.080.978	Org. emissor: SSP/PI	D. Expedição: 08/06/16	CPF: 954.815.083-20
Endereço: Praça Francisco Antônio da Silva		Nº 19	Bairro: Centro
Cidade: São Raimundo Nonato		Estado: Piauí	CEP: 64.770-000

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT, Seguradoras Conveniadas e a SUSEP, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, podendo enfim assinar, ou requerer e receber Prontuários Médicos ou quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima: **LEANDRO ALVES DA ROCHA**.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Acidente ocorrido em: 08/06/2016

São Raimundo Nonato – PI, 11 de Outubro de 2018.

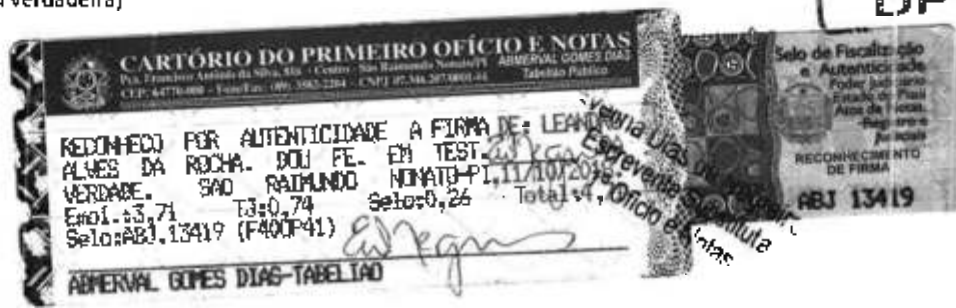

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

PJ CORRETO
DE SEGUROS

12 NOV 2018

DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0409930/18

Número do Sinistro: 3180530980

Vítima: LEANDRO ALVES DA ROCHA

CPF: 023.292.933-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/06/2016

Titular do CPF: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

LEANDRO ALVES DA ROCHA : 023.292.933-56

Autorização de pagamento

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: 29/11/2018
Nome: EDSON FRANK MORAIS DA SILVA
CPF: 954.815.083-20

EDSON FRANK MORAIS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL