
Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331746

Vítima: MARIO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIO SOARES DA SILVA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331746

Vítima: MARIO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIO SOARES DA SILVA

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331746

Vítima: MARIO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIO SOARES DA SILVA

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\$ 2.632,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARIO SOARES DA SILVA

Valor: R\$ 2.632,50

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 000000098885-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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:

278.402.803-82 Mario Soares da Silva

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

5 - Nome completo:

Mario Soares da Silva

6 - CPF: 278.402.803-82

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Recuso-me Rua: A, 2831

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Baixa do Icaro

Timon

MA

65632-680

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): (86) 8821-4516

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1606

CONTA: 98885

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

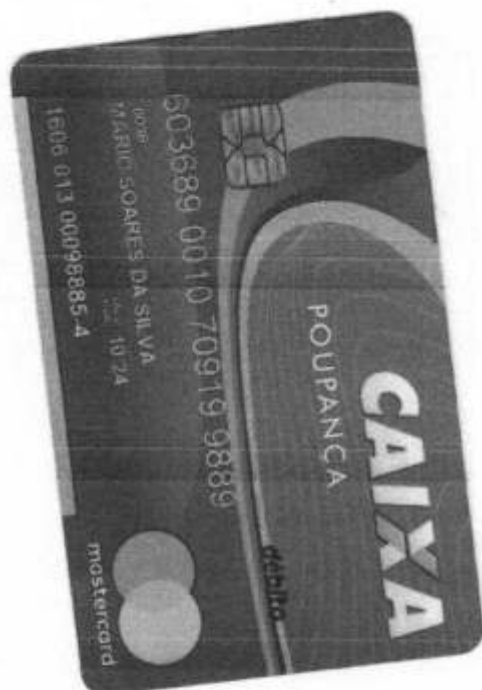
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Colônia, Piauí 29/08/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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:

278.402.803-82 Mario Soares da Silva

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

5 - Nome completo:

Mario Soares da Silva

6 - CPF: 278.402.803-82

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Recuso-me Rua: A, 2831

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Baixa do Icaro

Timon

Ma

65632-680

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): (86) 8821-4516

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1606

CONTA: 98885

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

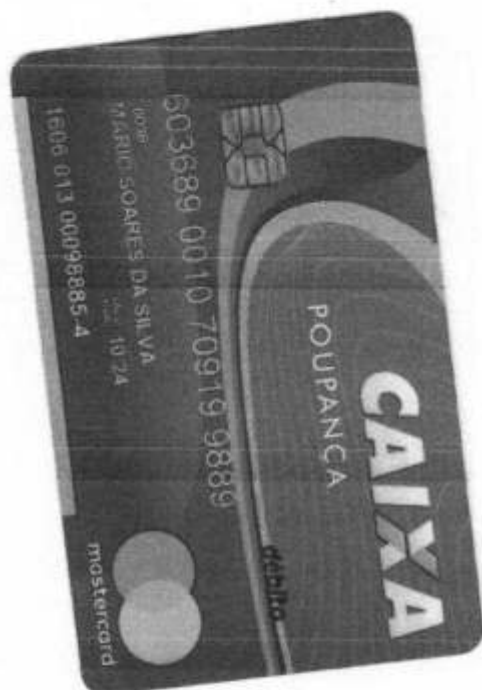
40 - Local e Data,

Colônia, Piauí 29/08/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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



414 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100101.004211/2020-81

Unidade de Registro: 10º DP DE TERESINA

Resp. pelo Registro: Francisco Franco Batista Da Silva

Data/Hora: 28/08/2020 - 13:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

01º DP DE TERESINA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV FREI SERAFIM, Nº:

Complemento

Data/Hora

17/06/2020 - 08:00

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIO SOARES DA SILVA

RG: 0858531984

Mãe: MARIA MORENA DA SILVA SOARES

Endereço: RUA 14, Nº

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

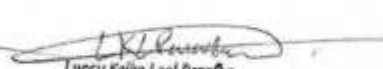
1 - Colisão, Abalroamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

RELATO DA OCORRÊNCIA

VEIO COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN KS PLACA LWF-7303 NA COR VERMELHA DE PROPRIEDADE MANASSES DO NASCIMENTO ROSA QUANDO O CONDUTOR MARIO SOARES DA SILVA, QUANDO VEIO A COLIDIR EM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE INVADIU A FAIXA DE TRAFEGO DA MOTO, SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT.


Francisco Franco Batista Da Silva - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA


MARIO SOARES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

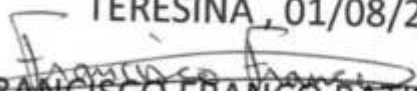

Lacy Keiko Leal Parreira
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

AVERBAÇÃO AO BO DE Nº 100101.004211/2020-81



QUE A NATUREZA DA OCORRÊNCIA É LESÃO CORPORAL CULPOSA
NA DIREÇÃO DE VEICULO AUTOMOTOR (ART.303 DA LEI
9503/1997 – CTB) E NÃO COMO CONSTA NO BOLETIM DE
OCORRÊNCIA.

TERESINA, 01/08/2020


FRANCISCO FRANCO BATISTA DA SILVA

AGENTE DE POLICIA-1082868



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: 278.402.803-82 Mario Soares da Silva

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

5 - Nome completo: Mario Soares da Silva 6 - CPF: 278.402.803-82
7 - Profissão: Recus-me 8 - Endereço: Rua: K, 2831 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Boixa do leão 12 - Cidade: Timon 13 - Estado: MA 14 - CEP: 65632-680
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (86) 8821-4516

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1606 CONTA: 98885 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (mãe nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Colônia, Piauí 29/08/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 09/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.632,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIO SOARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000098885-4

Nr. da Autenticação 6DAAF7EE9B65D8CC

AGUAS DE
TIMON

AV. PRESIDENTE MONTEIRO, 138 - PO. 31001
LITORAL - 13.100-000 - MARAÏÁ DE TIMON-MA
TELEFONE: 066 335 8000
CNPJ: 21.716.740/0001-45

PARCELA

48021-5

150305814

6/2020

1.49.430

MORADOR: JOEL ISIDORIO CHAVES

RUA 14,2831-BAIXA DO COCO-TIMON-MA-cep:65632-680

CONTADOR

015-00002-019170

DATA DE VENCIMENTO
23/07/2020

015

NUMERO DO METER
Y175151918

CONSUMO DO METER	1.000	Porcentagem
1.000	15	15
2.000	12	12
3.000	14	14
4.000	11	11
5.000	13	13
6.000	14	14

TIPO DE CONSUMO - TIPO DE TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA DE VENCIMENTO
22/05/2020 371
23/06/2020 383

12

DATA DE VENCIMENTO
22/05/2020 371
23/06/2020 383

13

TIPO DE TARIFA	VALOR	VALOR
1.000	15	15
2.000	12	12
3.000	14	14
4.000	11	11
5.000	13	13
6.000	14	14

VALOR REFERENTE AGUA - 46,62	VALOR	VALOR
> Residencial - Normal	12,0 m3	46,62
JUROS POR ATRASO	001/001	0,14
MULTA POR ATRASO	001/001	0,96

DATA DE VENCIMENTO
22/05/2020 371
23/06/2020 383

AGUAS DE

10/07/2020

47,72

MANTENHA SUA CONTA EM DIA E EVITE MULTAS E JUROS. EVITE SAIR DE CASA. DISPONIBILIZAMOS PAGAMENTO COM CARTAO DE CREDITO VIA APLICATIVO AGUAS APP OU www.aguasdetimon.com.br

*** NOTIFICAÇÃO ***

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal n. 11.445/2007, Art.40, inciso V e n. 8.987/95, Art.6, 53, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA AGUA DISTRIBUÍDA (PORTADA 2014-2011 DO M.B. - Decreto nº 5448)

PARÂMETRO	UNIDADE	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
Temperatura	°C	18	18	18	18
pH		7,2	7,2	7,2	7,2
Condutividade	µS/cm	110	110	110	110
Turbidez	NTU	0,1	0,1	0,1	0,1
Cloro residual	mg/L	0,5	0,5	0,5	0,5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA AGUA DISTRIBUÍDA (PORTADA 2014-2011 DO M.B. - Decreto nº 5448)

PARÂMETRO	UNIDADE	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
Coliformes totais	CFU/100ml	0	0	0	0
Coliformes fecais	CFU/100ml	0	0	0	0
Coliformes E. coli	CFU/100ml	0	0	0	0

DATA DE VENCIMENTO: 23/06/2020

DATA DE VENCIMENTO: 09/02

AGUAS DE
TIMON

PARCELA

48021-5

150305814

6/2020

DATA DE VENCIMENTO

10/07/2020

VALOR - TOTAL

47,72

82610000000-7

47721443000-1

00202015030-2

58140100104-4





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 3447	02 Data do chamado 17/06/2020	03 PRO (código) 2910	04 Saída do PA 08:23	05 Chegada ao local 08:130
	06 Saída do local 08:50	07 Chegada ao 1º hospital 08:56	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Frei Sarifun X Goiás	11 Bairro Centro	12 Município-UF GHC	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Fogão - Menas				
do do ciente	14 Nome Mário Soares de Almeida	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	7		
	16 Idade 62 A. 22/02/59	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	2		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso 68 Resp. 13x90 PA 130x90 TAX. 97/ SatO2 97%
	25 Local da lesão 				
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
	28 Sanguinamento 1 - Sim 2 - Não		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Hospital de Destino	30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☒				
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☒ Prancha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☒ Colar cervical ☒ Reanimação cardiopulmonar ☒ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica		32 Hospital de Destino HUT ☐ Não Removido		
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		34 Óbito 1 - Sim ☐ 2 - Não ☒ ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte		
	Observações: Paciente 62 anos, vítima de trauma abdominal, com dor intensa no abdômen. Realizado exame físico e diagnóstico de trauma abdominal. Paciente encaminhado para o Hospital de Destino (HUT). Acompanhado por amigo.				
Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor			



HOSPITAL
DE AMAMBAY
DE TERESOPOLIS
DR. ZENON ADELMAR

NOME DO PACIENTE: MARIO SOARES DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 547540

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO-SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO"

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 17/06/2020 09:17:29

(User: LAVANE DUARTE)

(Estação: SALATRAMA/1)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIO SOARES DA SILVA		Prontuário: 547540
Mãe: MARIA MORENA DA SILVA SOARES	Pai:	
End.Resid.: RUA 14 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
Nascimento: 22/02/1959	Idade: 61a3m23d	Sexo: Masculino Fone: 86-94602-155
Responsável: JOEL	CNS: 702302132714116	
Profissão: PEDREIRO	Documento: RG: 0858531984 - SSP M	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 782731	Entrada: 17/06/2020 08:57:58	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEIDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO REFERE NAUSEAS, DOR EM MCE E MID.		FRANCISCA NILMARA DA SILVA SOARES COREN:200216 Em: 17/06/2020 09:04:38

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PCT VÍTIMA DE AC. AUTOMOBILÍSTICO COM TRAUMA EM MMSS DIREITO E MMII DIREITO.

* CIRURGIA GERAL - 17/06/2020 - As 09:13h.

Paciente com tórax e abdome
estável, sem sinal de choque.

CS: Alta da Cirurgia Geral

Diagnóstico Inicial:

? Fratura torácica

Exames Complementares:

- (1545858) - OMBRO DIREITO
- (1545859) - BRACO DIREITO
- (1545860) - COTOVELO DIREITO

Prescrição Médica:

770 Omeprazol

Tubo foneo + Sução

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAH - HUT
Confere com o Original**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto):

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Layane Duarte Silva
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054 / RQE 2325LAYANE DUARTE SILVA
CRM: 7955 PI Em: 17/06/2020 09:17:29



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (ATH)

302686

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	265136

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIO SOARES DA SILVA	6 - Prontuário: 547540		
7-CNS: 702302132714116	8-Nascimento: 22/02/1959	9-Sexo: Masculino	RG: 0858531984 - SSP M
Mãe: MARIA MORENA DA SILVA SOARES	12-Fone: 86-94602-169		
13-Resp: JOEL	14-Cor: Sem Informação		
Endere: RUA 14 - PARQUE ALVORADA - CEP: 65630-020			
16-Munic: TIMON	17-Cod.IBGE: 211220	18-UF: MA	19-CEP: 65630-020

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PCT VITIMA DE AC. AUTOMOBILISTICO COM TRAUMA EM MMSS DIREITO E MMII DIREITO.			
21 - Condições que justificam a internação: tratamento cirurgico - fratura do 5º metacarpo da mão direita			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):			
23-Diagnóstico Inicial: fratura de outros ossos do metacarpo	24-CID Prim: S623	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020377	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPANOS	Tempo SUS 2	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: 217.817.218-07
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	34-Data Solicitação: 17/06/2020	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
48-Documeto: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	51 - Assinatura Paciente ou Responsável:
		Usuário: (CECILIA BRITO) Consulta Local: 782731 Consulta SUS: Impressão: 22/07/2020 12:18:40



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

REQUISIÇÃO DE PARECER

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIO SOARES DA SILVA		Prontuário: 547540
Mãe: MARIA MORENA DA SILVA SOARES	Pai:	
End.Resid.: RUA 14 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
Nascimento: 22/02/1959	Idade:	Sexo: Masculino Fone: 86-94602-169
CNS: 702302132714116	Documento: RG: 0858531984 - SSP M	

DADOS DA REQUISIÇÃO/ATENDIMENTO:

Id.Req.: 257	Data Req.: 17/06/2020 10:50:32	Origem.Atend.: INTERNAÇÃO
Prof.Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO		Cod.Atend.: 263054
Clinica: SALA VERDE	Enfermaria: SALA VERDE	Leito: LEITO 01

Especialidade Requerida:

CARDIOLOGISTA

MOTIVO DA CONSULTA/REQUISIÇÃO:

RSICO CIRURGICO
FRATURA DA MÃO E TORNOZELO D

TERESINA(PI), 17 de Junho de 2020.

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054 / RQE 2425

PARECER:

Médico Solicitante

* Paciente, 65 anos, si comorbidades Neuq HAS DM, AVC, DM.
sinais congestivos / anginosos, tabagismo. Refere ser trabalhador
de construção civil, e o bom capacidade funcional.
* Exame: ECG: avar, anict, afibril. AC: RCR, 2r, BAF, si
sopro. AP: MV4, SIRA. Med: glicoso, unidos. Rx: pulmões
MID e M50, sem perf. FC: 80 PA: 150x80
* Hb1c: 5,1. ECG: sinusol, si isquemia, SVG, alt mespecieo
da supduracao ventricular.
* Ed: liquido Rx de tnox - trojro a PA em 30 mens.

10h
* Rx impurodo. si eudio meqho, si congesto.

Recomendo bom p/ procedimento proposto. Risco imunk ao
procedimento intermediario.

Médico Especialista

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAMT - HUT
Confere com o Original

Deu manter control pressorao p/ operonmo
PA: 170x100. Atensino no mo mento. Risco
deqho

Dra. Vitória Régia Ximenes
Cardiologista
CRM-PI 4737 / RQE: 3785



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HUT
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Retorno

NOME DO PACIENTE

Mário Soares da Silva

PROFESSOR

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLÍNICA
Ortopédica

ENF. OU AP LETO

235/129

MÉDICO ASSISTENTE

HORÁRIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

DIETAL: LÍVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO

2% 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN

3% LITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/6 H

4% ALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H

5% DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H

6% TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H

7% TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN

8% CURATIVO

9% CCGG + SSV

CRM 10034
Dr. Fernando Traumatologia
Ortopédica

Tratamento de sala de cirurgia
para TELA CERVICAL (D)

Cirurgia de Tumor do
dorso

Eligine M. S. R. de Oliveira
SAMHUT
Confira com o Original

ESCALAS DE GRAU DE DEPENDÊNCIA E AVALIAÇÕES DE RISCO



NOME: Maria Soares da Silva PRONTUÁRIO: 543540 IDADE: 61 ENFERMARIA/LEITO: Quarenta e

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULINI): () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () ALTA DEPENDÊNCIA () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: / / 20

SINAIS VITAIS					ENTRADAS			SAÍDAS	
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO ORAL	DIURESE DRENO
12									
18									
24									
06									

ESCALA DE BRADEN:

PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):
 1- Totalmente / 2- Muito / 3- Levemente / 4- Nenhuma

UMIDADE (Molidade):
 1- Completamente / 2- Muito / 3- Ocasionalmente / 4- Raramente

ATIVIDADE:
 1- Acamado / 2- Cadeira rodas / 3- Anda Ocasionalmente / 4- Anda Frequentemente

MOBILIDADE (Limitação):
 1- Totalmente / 2- Muito / 3- Levemente / 4- Nenhuma

NUTRIÇÃO:
 1- Muito pobre / 2- Insuficiente / 3- Adequada / 4- Excelente

FRICÇÃO E CISCALHAMENTO:
 1- Problema / 2- Problema Potencial / 3- Nenhum Problema

TOTAL:

CONTOLE:

ALTO RISCO ARI: <12

MEDIO RISCO ARI: 12 a 14

BAIXO RISCO ARI: >14

CLASSIFICAÇÃO

MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"

ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):

1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0

2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0

3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO:

4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM - 20 / NÃO - 0

5. MARCA:

6. ESTADO MENTAL:

7. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

8. ORIENTAÇÃO:

9. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

10. ORIENTAÇÃO:

11. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

12. ORIENTAÇÃO:

13. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

14. ORIENTAÇÃO:

15. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

16. ORIENTAÇÃO:

17. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

18. ORIENTAÇÃO:

19. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

20. ORIENTAÇÃO:

21. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

22. ORIENTAÇÃO:

23. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

24. ORIENTAÇÃO:

25. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

26. ORIENTAÇÃO:

27. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

28. ORIENTAÇÃO:

29. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

30. ORIENTAÇÃO:

31. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

32. ORIENTAÇÃO:

33. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

34. ORIENTAÇÃO:

35. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

36. ORIENTAÇÃO:

37. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

38. ORIENTAÇÃO:

39. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

40. ORIENTAÇÃO:

41. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

42. ORIENTAÇÃO:

43. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

44. ORIENTAÇÃO:

45. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

46. ORIENTAÇÃO:

47. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

48. ORIENTAÇÃO:

49. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

50. ORIENTAÇÃO:

51. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

52. ORIENTAÇÃO:

53. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

54. ORIENTAÇÃO:

55. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

56. ORIENTAÇÃO:

57. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

58. ORIENTAÇÃO:

59. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

60. ORIENTAÇÃO:

61. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

62. ORIENTAÇÃO:

63. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

64. ORIENTAÇÃO:

65. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

66. ORIENTAÇÃO:

67. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

68. ORIENTAÇÃO:

69. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

70. ORIENTAÇÃO:

71. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

72. ORIENTAÇÃO:

73. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

74. ORIENTAÇÃO:

75. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

76. ORIENTAÇÃO:

77. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

78. ORIENTAÇÃO:

79. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

80. ORIENTAÇÃO:

81. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

82. ORIENTAÇÃO:

83. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

84. ORIENTAÇÃO:

85. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

86. ORIENTAÇÃO:

87. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

88. ORIENTAÇÃO:

89. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

90. ORIENTAÇÃO:

91. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

92. ORIENTAÇÃO:

93. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

94. ORIENTAÇÃO:

95. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

96. ORIENTAÇÃO:

97. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

98. ORIENTAÇÃO:

99. CAPACIDADE DE CUIDADOS:

100. ORIENTAÇÃO:

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso () Glasgow: AO / RV / RM =

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

3. Respiração: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () Sem O₂ () Com O₂:

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

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

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

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

8. Hidratação: () JVP () JVC () Outros:

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

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

11. Evacuações: () Presentes () Constipado () Diarréia () Outros:

12. Admissão: 12.1. Alergias () Não () Sim, Quais?

12.2. Cirurgia Anterior: () Não () Sim, Quais?

12.3. Comorbidades: () Não () Sim, Quais?

12.4. Medicamentos de uso contínuo:

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

32.

33.

34.

35.

36.

37.

38.

39.

40.

41.

42.

43.

44.

45.

46.

47.

48.

49.

50.

51.

52.

53.

54.

55.

56.

57.

58.

59.

60.

61.

62.

63.

64.

65.

66.

67.

68.

69.

70.

71.

72.

73.

74.

75.

76.

77.

78.

79.

80.

81.

82.

83.

84.

85.

86.

87.

88.

89.

90.

91.

92.

93.

94.

95.

96.

97.

98.

99.

100.

Assinatura da Enfermeira:

COPIA - PI 459.252-ENF

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATORIO - SRPA

NOME Mário Soares da Silva IDADE anos DATA 18.06/2020

HORÁRIO DE ADMISSÃO hs min. TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Falange CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS

ADMISSÃO

HORÁRIO

SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

SATURAÇÃO DE O₂ (%)

TEMPERATURA AXILAR (O° C)

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

NOME/ MATRÍCULA

170/83
68
96%

68
98%

Solite

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROUL

ATIVIDADE	MOVIMENTAÇÃO	2	ADMISSÃO	2	2	SAÍDA
N. CULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1
	Tem apnéia	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% em ar ambiente	2	2	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com aumento de O ₂	0	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	09		
ESCALA DE DOR			ASS.	M. J. de Oliveira COREN-PA 4063-ENF		

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido no SRPA em
POI de estomatite de falange; segue calmo, ar

M. J. de Oliveira
COREN-PA 4063-ENF

RAIXA REALIZADO

18.06.20

Técnico: 1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Elayne M. R. de Oliveira
SAMHUT
Confere com o Original

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGIA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E C/ÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () INEIRO () GERAL () M. J. de Oliveira

TALA

Retorno



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HUT - 2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

23/10/20

NOME DO PACIENTE

PONTUÁRIO

CLÍNICA

ENF. OU AP. LEITO

MÉDICO ASSISTENTE

Maio Soares da Silva

Ortopédica

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

18/06/20

POI

1 Dieta oral livre após efeito anestésico

2 SF 0,9% 1000 ml EV de 12 em 12 horas

3 KEFAZOL 1g IV 6/6h

4 Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h

5 Tiliatil 20mg 01 amp + AD EV 12/12h

6 Rantidina 01 amp + AD EV 12/12h

7 Nubain 01 amp + AD EV 12/12hs SOS

8 Nausedron 1amp + AD IV de 8 em 8 horas SN

9 CCGG + SSW

Controle com Original
SAMUT
Controle com Original



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fls Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18/06/2020

NOME DO PACIENTE: <u>Mário Soares de Lima</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>547540</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Sedação</u>	Nº DA SALA: <u>04</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Flávio</u>	CPF Nº _____
AUXILIAR: <u>Rs</u>	CPF Nº _____
ANESTESIA: <u>Dr. Liane</u>	CPF Nº _____
INSTRUMENTADORA: <u>Imis</u>	CPF Nº _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>n-24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>85</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>75</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>Medula capim</u>	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>Elétricos</u>	UNID.	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Químicos</u>	UNID.	04	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENO				CIRCULANTE:			

Elayne M. R. de Oliveira
SAM - HUT
Confere com o Original

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Mario Sousa da Silva

Diagnóstico pré-operatório

Fratura do 5º met (S)

Operação - Tipo

Redução + Fixação c/ F.O K

Cirurgião

Fernando Costa

1º Assistente

2º Assistente

Fernando L. de Oliveira

Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiologista
Ortopedista
CRM-PI 30.119/13

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente sob sedação e preparo hab. Kir.
- 2) Redução sob radiocópia
- 3) Fixação c/ F.O K
- 4) Lavagem c/ SF 0,9% e curativo
- 5) Tala gessada

Dr. Fernando L. de Oliveira
Ortopedista - Traumatologia
CRM-PI 30.119/13

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAM - HUT
Confere com o Original

FOLHA DE ANESTESIA



(MÁRIO SOARES DA SILVA) HUT
UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		MÁRIO SOARES DA SILVA		Nº DE REGISTRO	
DATA: 8/06/2022	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA	LIBERADO PARA CARDIOLOGIA				
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	JOSUM 78 kg. ASA B				
SISTEMA CIRCULATÓRIO	N-D-N NADA ALTO GIAS				
SISTEMA RESPIRATÓRIO	ELETROCARDIOGRAMA				
SISTEMA DIGESTIVO	ASMA				
ESTADO MENTAL	BRONQUITE				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	CORTICOIDES				
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	ATARAXICOS				
	OUTROS				
	FÍSICOS				
	APLICADO AS				
	EFEITOS				
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
	1				1. MONITORIAZ
	2				2. SOB CATÓTER
	3				NADA
LÍQUIDOS	SO-UTO 500				2. FORTANIL 200
	SANGUE 400				3. MIDAZOLAM
	OUTROS 300				SEQUÊNCIA
TEMPERATURA	38				1
P	200				2
ARTERIAL	180				3
V	160				4
O	140				5
PULSO	120				6
INÍCIO E FIM ANESTESIA	100				7
X	80				8
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	60				9
RESPIRAÇÃO	40				10
O	20				11
	10				12
					13
					14
					15
SÍMBOLOS					DURAÇÃO
TÉCNICAS	A. GERAL VENTIL				INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES	FRAT. DORO				NADA
CIRURGIÕES	FOTENANDO				1. A RA
ANESTESISTAS	LIANA				
	Liana Pires dos Santos				
	Médica Anestesiologista				
	CRM/PI 6241				
PARITICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

**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: **MARIO SOARES DA SILVA** (Prontuário: 547540)
Endereço: RUA 14 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 22/02/1959 Idade: 61a4m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 265241
Requisição: 1107135 Solicitação: 20/06/2020 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Controle: 1549755 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 20/06/2020

TORNOZELO DIREITO

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

- Fratura recente alinhada no maléolo lateral fixada com placa e parafusos metálicos.
- Tala gessada.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/06/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAM - 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: **MARIO SOARES DA SILVA** (Prontuário: 547540)
Endereço: RUA 14 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 22/02/1959 Idade: 61a3m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 782731
Requisição: 1105797 Solicitação: 17/06/2020 Solicitante: LAYANE DUARTE SILVA
Controle: 1545863 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 17/06/2020

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura oblíqua completa no 5º metatarso.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/06/2020

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Elayne Mendes de Oliveira
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: **MARIO SOARES DA SILVA** (Prontuário: 547540)
Endereço: RUA 14 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 22/02/1959 Idade: 61a4m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 265136
Requisição: 1106426 Solicitação: 18/06/2020 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1547638 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 18/06/2020

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no 5º metacarpo fixada com fio metálico intramedular.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/06/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Elayne Mendes R. de Oliveira
SANE - 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: **MARIO SOARES DA SILVA** (Prontuário: **547540**)
 Endereço: RUA 14 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
 Nascimento: 22/02/1959 Idade: 61a3m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 782731
 Requisição: 1105828 Solicitação: 17/06/2020 Solicitante: LAYANE DUARTE SILVA
 Controle: 1545986 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 17/06/2020

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no terço distal da fíbula.
- Luxação lateral da tibia.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/06/2020

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Elayne Mendes R. de Oliveira
 SAM 6 - HUT
 Confere com o Original

VALIDA EM TODOS OS TERMINOS NAUTICAIS

REGISTRO
SERIAL 085853198-4 DATA DE
EXPEDICAO 12/04/2002

MARIO SOARES DA SILVA

PRIMEIRO NOME
JOSE FRANCISCO SOARES E MARIA MOREN
A DA SILVA SOARES

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
TERESINA-PI 22/02/1959

DOC. ORDEM
CASAM.N.009 FLS.71-V LIV.8 03

CPF
*****-**-
8-147

ASSINATURA DO DIRETOR VIA-02

LEI N.º 7.115 DE 1983

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO MARANHÃO
GERÊNCIA DE ESTADO DE JUSTIÇA
SEGURANÇA PÚBLICA E CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Mário Soares da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

278.402.503 - 82

CPF Nº REG. Nº 10.289/79
EXPEDIDA 06/03/2019

BENEFÍCIO CONCEDIDO PELO
ART. 230 PARÁGRAFO SEGUNDO
DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

VÁLIDA ATÉ FEVEREIRO DE 2021

Mário Soares da Silva
PRESIDENTE DA ARIT

ASSOCIAÇÃO RECREATIVA DOS IDOSOS DE TIMON - ARIT
Rua José Fernandes, 267, Santa Antônia
Timon - Ma, Fundação Dec. 1982



PASSE DO IDOSO

NOME
Mário Soares da Silva

PT. NASC. IDENTIDADE ORG. EXP.
22/02/59 015853198 8 51/7

Mário Soares da Silva
ASSINATURA DO SÓCIO OU DIGITAL



MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

278.402.803-82

Nome

MARIO SOARES DA SILVA

Inscrição

22/02/1959

VALIDO JUNTAMENTE COM O CANCELAMENTO DE OUTROS RCT'S

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200331746 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 17/06/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA. P1,12,14
FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (METACARPO- FIOS DE KIRSCHNER /MALÉOLO -PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA E TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			19,5 %	R\$ 2.632,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261348/20

Vítima: MARIO SOARES DA SILVA

CPF: 278.402.803-82

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 17/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIO SOARES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIO SOARES DA SILVA : 278.402.803-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/09/2020
Nome: MARIO SOARES DA SILVA
CPF: 278.402.803-82

MARIO SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO