

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILDA LIMA LOPES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02761-8

CONTA: 000010020989-0

Nr. da Autenticação 378607895C40BB29

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta n°: 13140374

A/C: GILDA LIMA LOPES

Nº Sinistro: 3180222748
Vitima: GILDA LIMA LOPES
Data do Acidente: 06/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GILDA LIMA LOPES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002761-8

Conta: 000010020989-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

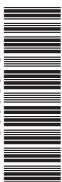
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180222748**

Nome do(a) Examinado(a): **GILDA LIMA LOPES**

Endereço do(a) Examinado(a):

CJ OZORIO DO VALE, 18, Q D - URBANO - Aroazes - PI - CEP 64310000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2448927**

Data e local do acidente: [**06/04/2017**]

RUA GABRIEL SOARES BAIRRO BEIRA RIO TERESINA PI

Data e local do exame: [**12/07/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA ABDUÇÃO, ELEVAÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO DIREITO. DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

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

[**X**] Sim [] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do ombro direito

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

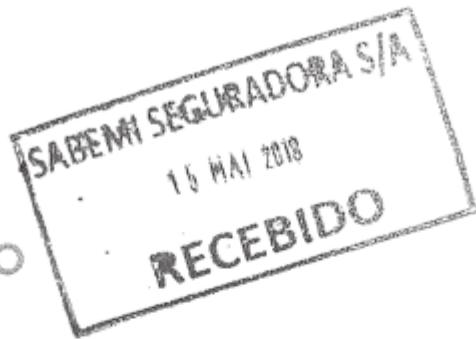
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



Declaro, que qd's da liura
loper, fciº vitimem da audiencia de
trancito, foto ocorrência em 06.04.17
as 1725 HS, Teudo sofrido forte mass
Ela MSB, caramba coce forte em os
clíndulos tiveram que parado diafragma,
foi tratado cirurgicamente d'hores
de os carambas com bactefimto
coce intensa, relata fortes
dores coce diurno do acorvamento
com sensação de eucarne e corte do
acorvamento, coce a 140 definitiva
com comprometimento funco-
mase de 85%

- Alergologia
 - Clínica geral
 - Clínica Médica
 - Cardiologia
 - Dermatologia
 - Endoscopia
 - Ecocardiograma
 - Eletrocardiograma
 - Exames Laboratoriais
 - Gastroenterologia
 - Ginecologia
 - Medicina do Trabalho
 - Medicina Estética
 - Pediatria
 - Pequenas Cirurgias
 - Testes Alérgicos
 - Tomografia
 - Ultrassonografia em G
 - Urologia

10.04.18

Edimar Machado

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



NOME DO PACIENTE: Gilson Lima Lopes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 439325

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 06/04/2017 17:33:58

(User: JOSENEIDE)
(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> GILDA LIMA LOPEZ		<u>Prontuário:</u> 439875
<u>Mãe:</u> RAIMUNDA PEREIRA LIMA		<u>Pai:</u> JOSE MARIA LOPE DE OLIVEIRA NETO
<u>End. Resid.:</u> RUA GABRIEL SOARES, 2479 - VILA DAGUIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 07/12/1984	<u>Idade:</u> 32a:4m:30d	<u>Sexo:</u> Feminino <u>Fone:</u> 86-99922-3052
<u>Responsável:</u> FRANCISCO DE ASSIS		<u>CNS:</u> 898002391771497
<u>Profissão:</u> TEC ENFERMAGEM		<u>Documento:</u> CPF:
<u>G. Instrução:</u> Médio Completo		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 601646	<u>Data:</u> 06/04/2017 17:25:05	<u>Condução:</u> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
<u>Objetivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Acid. Trab.:</u> Não	<u>Acid. Trajeto:</u> Não	<u>Acid. Trab. Típico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u> V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u> TRAUMA TORACOABDOMINAL	<u>Evento Principal:</u> Dor pleurítica	<u>Destino:</u> ORTOPEDISTA	<u>Classificação:</u> Amarelo
<u>Breve História:</u> PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA REFERINDO DOR E EDEMA EM REGIÃO DE CLAVÍCULA DIREITA. ECG:15.		<u>Profissional Clas. Risco:</u> JOSENEIDE BARBOSA DE SOUSA COREN: 286102 06/04/2017 17:33:57	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Justas de Platada D

<u>PA:</u> X <u>mmHg:</u> 100/60 <u>QRST:</u> REGULAR	<u>FC:</u> 120 <u>bpm:</u> REGULAR	<u>Temp.:</u> 36,8
<u>Diagnóstico Inicial:</u> TRAUMA TORACOABDOMINAL		<u>CID:</u> 028.0

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RECEBIDO

<u>MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:</u>	Se Internação, indique o Procedimento e CID	
<u>DATA:</u> 1/1 <u>HORA:</u> : : :	<u>Procedimento:</u> 0408.10/50	<u>CID:</u> 342.0

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura **João Rocelito Rego**
CRM-PI 10362 / CRM-MA 637
CRM-PI Médico

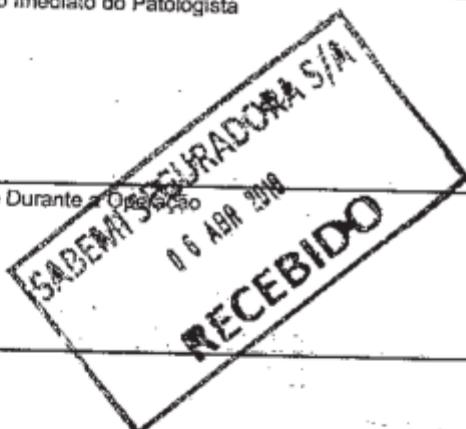


FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Graça bime 10g		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura clavícula D		
Operação - Tipo	Suturar clavícula D		
Cirurgião	Dr. Yuri Júlio Félix	1º Assinante	Dr. Los
2º Assinante	Dr. Yuri Júlio Félix Ortopedia/Traumatologia CRM-PI 2308 CRM-MAC 3537	3º Assinante	
Instrumentador(a)	Milena	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		Milena	Bloq + Sedan
Data da Operação	Inicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação	06 APR 2018		



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

① Enxoval + Bala de algodão
② Sutura + Afel das flâmulas
③ Redução + Fixaçõe fratura clavícula
→ Pena + Tirsch
→ Tensão da pele + ligações
④ fechamento da ferida

Dr. Yuri Júlio Félix
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PI 2308 CRM-MAC 3537
MOD. 76 - HUT



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

187895

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/07/17

NOME DO PACIENTE: <i>Gilda Kima Bopele</i>		PRONTUÁRIO N°: <i>257</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Emot claudata</i>		CIRURGIA: <i>Interveniente</i>
ANESTESIA: <i>D. Melina</i>		Nº DA SALA: <i>02</i>
CIRURGÃO: <i>D. Yuri</i>		CPF N°: <i>000-000-0000-0000</i>
AUXILIAR: <i>D. Rob</i>		CPF N°: <i>000-000-0000-0000</i>
ANESTESIA: <i>Bloq + Sedac</i>		CPF N°: <i>000-000-0000-0000</i>
INSTRUMENTADORA: <i>Milena</i>		CPF N°: <i>000-000-0000-0000</i>

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7.0 / 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 6.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	UNID.	50m	200	SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 100	FRASCO	04	
GASES	UNID.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO	UNID.	—		<i>elétricida</i>	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	UNID.	QUANT.	PREÇO
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>cre pro</i>	UND	02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Cateter Nasal</i>	UND	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<i>Nylon 4-0</i>	UND	02	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	UND	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA			
VICRYL 2-0	UND	01		CIRCULANTE: <i>Eris</i>			
PROLENE							

RECEBIDO
05 ABR 2018

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <i>Gilda Lima Lopes</i>		IDADE <i>32</i> anos	DATA <i>07/04/2017</i>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <i>17 hs 20 min</i>		TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO		CIRURGIÃO _____
CIRURGIA REALIZADA _____		HORÁRIO		
SINAIS VITais	ADMISSÃO			SAÍDA
	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) <i>133/84</i>			<i>125 x 72</i>
	FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) <i>94</i>			<i>97</i>
	SATURAÇÃO DE O2 (%) <i>99%</i>			<i>97%</i>
	TEMPERATURA AXILAR (°C) <i>1</i>			
	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm) <i>1</i>			
NOME/ MATRÍCULA <i>baier</i>				

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2
	Tem apnêa	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0
As	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO												TOTAL
ESCALA DE DOR ALTA												
<input type="checkbox"/> SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> DRENO DE SUCÇÃO	<input type="checkbox"/> DRENO TORACICO	<input type="checkbox"/> DVE	<input type="checkbox"/> COLOSTOMIA	<input type="checkbox"/> SONDA	<input type="checkbox"/> NASOG	<input type="checkbox"/> NASOE					
hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.					
hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.					

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

17:20- Pte admitida na SRPA, em POI de fratura de clavícula sob efeito de bloqueio+ sedação. Consciente, orientada, fáctica, eupnéia, s/ O₂. UV em eviso. S/ dor articular.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILDA LIMA LOPES** (Prontuário: 439875)
Endereço: RUA GABRIEL SOARES, 2479 - VILA DAGUIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 07/12/1984 Idade: 32a:4m:10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 601646
Requisição: 732691 Solicitação: 06/04/2017 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES
Controle: 912605 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 06/04/2017

CLAVICULA DIRETA

O estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente desalinhada na diáfise da clavícula.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/04/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILDA LIMA LOPES** (Prontuário: 439875)

Endereço: RUA GABRIEL SOARES, 2479 - VILA DAGUIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 07/12/1984 Idade: 32a:6m:2d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 187895

Requisição: 732975 Solicitação: 07/04/2017 Solicitante: YURI JIVAGO FELIX

Controle: 912958 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRAS 004

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 07/04/2017

OMBRO DIREITO

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

- Fratura no 1/3 médio da clavícula com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura no 1/3 médio da clavícula com fixação metálica.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 09/06/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180222748 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILDA LIMA LOPES **Data do acidente:** 06/04/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA ABDUÇÃO, ELEVAÇÃO E ADUÇÃO
médico pericial: DO OMBRO DIREITO. DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

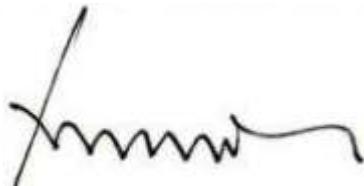
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Octavio Ribeiro 1020 - Bairro: Centro - CEP: 65.322-4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 06/04/2017 17:35:48

Horas: 00:00:00
Data: 06/04/2017

DADOS DO PACIENTE:

Nome: GILDA LIMA LOPES		Frontário: 439875
Hábito:	PAIXÃO PELA VIDA LIMA	Paixão: JOSE MARIA LOPES DA OLIVEIRA NETO
End. Resid.:	RUA CARLOS ALBERTO, 2476 - VILA DAUSIA	Informações: RJ - CEP: 64000-515
Nascimento:	01/02/1984	Idade: 33a:4m:30d
Responsável:	FRANCISCO DE ASSIS	Sexo: Feminino
Profissão:	TBC ENFERMEIR	CNS: E92002331771497
C. Instrução:	Não Concluiu	Documento: CPF: -
End. local.:	-	C. Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 601646	Data: 06/04/2017 17:25:05	Condução: Vítima do acidente de veículos
Veículo da Própria: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA KM ACOCOCHEIRA (40000)	Convenção: S/A	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Tipico: Não
		CID Secundário: V29

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

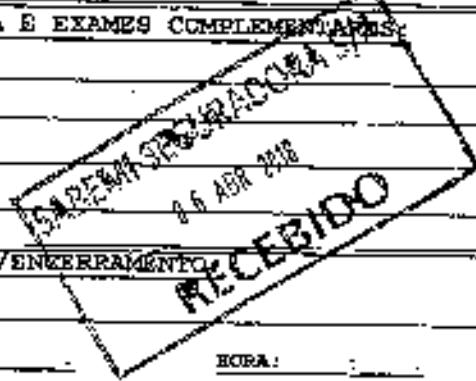
Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
LEZMA TROMBOGASTROINTESTINAL	Doença Pneumática	Osteopatia	Amarelo
Bravo: 0			Profissional: PES. Risco:
PACIENTE VENDEU SE OLHAR DE NOVAMENTE PERTINENTE COM A VÍTIMA EM VÍNCULO DE CLAVIQUERA MOVIMENTO: 100%.			JOSE MARIA BARBOSA DE SOUSA CÓD: 286102
			Em: 06/04/2017 17:33:57

DADOS CLÍNICOS: (Homem: _____)

Justo de Oliveira

EN: _____	Temp: _____	Peso: _____	PC: _____	SpO2: _____	Tensão: _____	CV: _____
Diagnóstico: _____						

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:



MOTIVO DA ALTA/ENTERRAMENTO:

Se Enterramento, indique o Procedimento e CL:

0408/0100 3420
Procedimento CID

DATA: / /

HORA: :



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000673/2018-65

Unidade de Registro: DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registrador: Antônio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 20/02/2018 - 12:50

Data/Hora:

06/04/2017 - 17:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Local:

VIA PÚBLICA

Município:

TERESINA

Bairro:

VILA DA GLÓRIA

Endereço:

RUA GABRIEL SOARES, Nº:

Complemento:

Ponto de Referência:

BAR DO SR. RAIMUNDO

Tipo Envio: VITIMA/Noticiante

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GILDA LIMA LOPES

RG: 2446977 SSP-PI

Mae: RAIMUNDA PEREIRA LIMA

Pai: JOSÉ MARIA LOPES DE OLIVEIRA Nº: 0

Endereço: RUA GABRIEL SOARES, Nº 2150

Complemento: VILA DA GLÓRIA

Bairro: BENTO RIO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): (86) 3429-0608

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência:

1 - Lesão corporal acidental no trânsito

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA VIA ACIMA CITADA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/XR150 RROS 5800, ANO 2018, MODELO 2017 COR VERMELHA, PLACA PIZ-1120 PI, RENAVAN 0120/473181, SITUAÇÃO: CICLO LIMA LOFTS. MOMENTO EM QUE TENTOU DESVIAR DE UM ANIMAL (CACHORRO), VEIO A CAIR, SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS E ENCAMINHADA AO HUT, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 439875, A NOTICIANTE APRESENTOU COMO TESTEMUNHA DO ACIDENTE O Sr. ALEXANDRO FERREIRA DA SILVA RG PELO QUE SÁ CONCILIMENTO E REQUER 80 PARA FINS DE DIREITO.

Assinatura:
Antônio Carlos Da Silva Leite - Mat. 6094897
AGENTE DE POLÍCIA

Assinatura:
GILDA LIMA LOPEZ - Noticiante
Responsável pela Informação



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 443/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0227204 ou 0800 0221206 (exceto para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembodo.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 'Assinatura do Representante Legal').

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 'Assinatura do Beneficiário') e seu Representante Legal (campo 2 'Assinatura do Representante legal').

Número de Vítima no ASL: 014-122.363-47 | CPF da Vítima: 014-122.363-47 | Nome completo de vítima: Gilda Lima Lopes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome e apelido: <u>Gilda Lima Lopes</u>	CPF titular da conta: <u>014-122.363-47</u>	Profissão: <u>Técnica de Enfermagem</u>
Endereço: <u>Q-2 - Condomínio 48</u>	Número: <u>36</u>	Complemento: <u>0000</u>
Estado: <u>CE</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>64310-000</u>
Município: <u>Crato</u>	CEP: <u>58000-000</u>	Telefone (DDD): <u>(86) 3303-4604</u>
Email: <u></u>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RENDIMENTO BRUTO <input checked="" type="checkbox"/> R\$ 2.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 RENDIMENTO LÍQUIDO <input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.600,00 ATÉ R\$ 2.400,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.401,00 ATÉ R\$ 3.600,00 <input type="checkbox"/> R\$ 3.601,00 ATÉ R\$ 5.400,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.401,00 ATÉ R\$ 7.200,00 AGÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> Agência: <u>00000-000</u> - <u>Brasília</u> <input type="checkbox"/> Agência: <u>00000-000</u> - <u>Brasília</u> INFORMAÇÕES ADICIONAIS <input type="checkbox"/> Informações adicionais <input type="checkbox"/> Informações adicionais se existir		RECEBIDO CONTAS BANCÁRIAS <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (titular da conta) DETALHAMENTO BANCO: <u>Brasília</u> AGÊNCIA: <u>00000-000</u> CONTA: <u>2367-8</u> INFORMAÇÕES ADICIONAIS <input type="checkbox"/> Informações adicionais <input type="checkbox"/> Informações adicionais se existir
---	--	--

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 23 de março de 2018
 Local e Data

Gilda Lima Lopes
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Género Poético

110 *Storia della Santa Corona*

BANCA MERCANTIL S.A.
14 APR 2008
RECEBIDO

