

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	01/02/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIANA ROCHA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05803-3

CONTA: 000001000092-0

Nr. Autenticação

BRABESCO0102201805000000000023705803000001000092253125 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180029450

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MATHEUS COSTA MELO

Data do acidente: 21/10/2017

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA, COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO (ADM EM 30°), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

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

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do cotovelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do cotovelo devido a redução da força muscular e limitação da flexo-extensão (30 graus).
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12336073

A/C: DIANA ROCHA COSTA

Nº Sinistro: 3180029450
Vítima: MATHEUS COSTA MELO
Data do Acidente: 21/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: **DIANA ROCHA COSTA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000005803-3**

Conta: **000001000092-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
-----------------------------------------	-----	----------

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

Nome do(a) Examinado(a): **MATHEUS COSTA MELO** Sinistro: **3180029450** Data: **21/10/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **LC GENIPAPEIRO, SN, DO CRUZ - RURAL - Miguel Alves - PI - CEP 64130-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **2711449**

Data local do exame: [**30/01/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO. VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA, COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO (ADM EM 30º), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

SEQUELAS ANATÔMICAS E FUNCIONAIS DO COTOVELO ESQUERDO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
COTOVELO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)



OUTORGANTE:

Nome: Diana Rocha Costa

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 2.711.449

CPF: 039.501.043-80

Profissão: Lavadeira

Endereço: Lc. Genipapeiro do Cruz B Rural

CEP: 64.130.000

Telefone: (86) 994012688

DEPARTAMENTO DE GERAL
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2018

COMPANHIA SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Natal - CEP: 54.007-170

OUTORGADO:

Nome: Nelle Roze Soares Marques

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4.119.262

CPF: 840.173.173-91

Profissão: Recusado - me

Endereço: Rua 24 de Janeiro 544 Centro Norte

CEP: 64-000235

Telefone: (11) 99401-2688

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: matheus Costa Melo

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO

Miguel Alves. 38/32/2017

Local e data

Diana Rocha Costa

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Reconheço verdadeira(s) a(s) Firma(s)

Por Autenticidade de
Diana Rocha Costa

Dou fé. Em testemunho da verdade.

Miguel Alves-Pi. 38/32/2017

Júlio César de Castro Oliveira

Tabelião Designado

Maf. 4138201



OFÍCIO ÚNICO
Rua São Pedro, 35 - Centro
CEP: 64.130-000



Documentos de Identificação
"0012"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Diana Rocha Costa
1059225
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PIAUÍ
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
11 JAN 2013
CENTE SEGURADORA S.
Rua Coelho de Rosende, 465 Lote 1
Fone: (86) 3241-1111

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.711.449 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/10/16

NOME DIANA ROCHA COSTA

FILIAÇÃO RAIMUNDA PEREIRA DA ROCHA
JOÃO QUARESMA VAZ DA COSTA

NATURALIDADE MIGUEL ALVES-PI DATA DE NASCIMENTO 03/09/1988

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 30077 L A56 E 98
EXP MIGUEL ALVES-PI 14/08/87

CPF 039.501.043-80
1059225

ASSINATURA DO SECRETÁRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0475253

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

BRVAT

CONTENDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2013

SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Nova CEP: 64.000-000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURAÇÃO DO CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 529-E-141-141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI ASSINATURA DO DIRETOR Pedro Gomes de Moraes

840.173.173-91

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 38091704	Nº DA REGULAÇÃO: 4394
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: MATHEUS COSTA MELO	NASCIMENTO: 08/09/2005

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM TRAUMA EM COTOVELO E RX FRATURA SUPRA CONDILIANA DE UMERO E NEUROVASCULAR DISTAL SEM ALTHD: FRATURA SUPRA CONDILIANA DE UMERO E.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS: RX			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDIACA:	SATURACÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 21/10/2017 11:58:41	UPA CONTENDO: 11 JAN 2018 SENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Azevedo 455 - Fátima Teresina - PI 64000-000
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO:	

COORDENADOR
 TERESINA
 SERVIDOR



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Matthew Costa Melo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 457578

HOSPITAL DE URGÊNCIA
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 JAN. 2018
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 455 Loja C
Centro - Teresina CEP: 64.007-170

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".

Imp: 21/10/2017 15:34:59

(User: HELENILSA)

(Estação: ACP01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:		Prontuário: 457578
Nome: MATHEUS COSTA MELO		
Mãe: DIANA ROCHA COSTA		Pai: NÃO INFORMADO
End. Resid.: RUA ALONSO CARVALHO 478D - PARQUE JUREMA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 08/09/2005	Idade: 12a:1m:13d	Sexo: Masculino Fone: 98-82809-538
Responsável: O MESMO		CNS: 808002376268372
Profissão: ESTUDANTE		Documento: CPF:
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado
End. Local.:		

DADOS DO ATENDIMENTO:		Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Código: 631774	Data: 21/10/2017 15:27:10	Convênio: S. D. S
tipo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		CID Secundário: V299
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:		Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Dor moderada	Profissional Clns. Risco:	
Breve História: PCT VÍTIMA DE QUESA DE MOTO COM TRAUMA EM COTOVELO E EVIDENCIANDO FRATURA DE ÚMERO E		HELENILSA CARVALHO DE SOUSA COREN - 307566 Em: 21/10/2017 15:34:08	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)		CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	
<p>Após a queda acidente de moto com trauma do cotovelo e no ombro e antebraço, com dor, edema e limitação funcional; sem hematomas e machucaduras cutâneas preservadas em MEF</p> <p>RX - Fratura supracondiliana do úmero e do antebraço para tratamento cirúrgico</p>			
PA: X mmHg	Pulso:	FC: bpm	TEMP: °C
Diagnóstico Inicial:		LENTE SEGURADORA S.A.	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /

HORA: :

3a Internação, indique o Procedimento e CID
0408080385 **542.4**
Procedimento CID

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI: 4992 TEOT 12501

Assinatura - Profissional Médico

Diana Rocha Costa
Assinatura Paciente ou Responsável

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 23436
	AH: 2217102277236

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA	CNES 7823169
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - RUJ	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 898007776268472	NOME DO PACIENTE MATHIEUS COSTA MELO	NASCIMENTO 08/09/2005	SEXO M	PRONTUÁRIO 447578
DOCUMENTO CPF 9982809338	TELEFONE 9982809338	NOME DA MÃE DILANA ROCHA COSTA	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 4780
BAIRRO PARQUE JUREMA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM TRAUMA EM COTOVELO E RX FRATURA SUPRA CONDILIANA DE UMERO E NEUROVASCULAR DISTAL SEM ALT.HD: FRATURA SUPRA CON DILIANA DE UMERO E.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PACIENTE NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLINICO E RADIOLOGICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO.	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020385 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA SUPRACONDILIANA DO UMERO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO) MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO CPE: 88720489513		CONTÉUDO LIDO VERIFICADO 11 JAN. 2013
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 20/10/2017	CRIME GENTE SEGURADORA S / Rua Celso da Rocha 455 L. 10. C. Bairro - Centro - Teresina - PI		
DATA ADMISSÃO 20/10/2017 15:27	DATA ALTA 23/10/2017 15:00	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO		

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO) PARAO CRUZ MENDES CPF: 13179547304		CRIME DATA ANÁLISE 20/10/2017 16:00:51		NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA DATA ANÁLISE	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	Motheus Costa Melo		IDADE	12 anos	DATA	22/10/2017
HORÁRIO DE ADMISSÃO	12 hs 20 min	TIPO DE ANESTESIA	GERAL	RAQUE	X PLOQUEIO	PERIDURAL () SEDACÃO
CIRURGIÃO REALIZADA	Prof. Amaro				CIRURGIÃO André	
SINAIS VITAIS	ADMISSÃO		HORÁRIO		SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)			CONTÉUDO DAS VERIFICAÇÕES			
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	104		11 JAN 2018		108	
SATURACÃO DE O ₂ (%)	100%				100%	
TEMPERATURA AXILAR (°C)			ENTE SEGURADORA S.º			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			Rua Coelho de Resende, 465 Lda C			
NOME MATRÍCULA	Adriana		Centro - Niterói CEP: 64.000-17			

ÍNDICE DE ANDRETTES KROGLIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	É capaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Tem soneta	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Este indivíduo é orientado no tempo e espaço	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Responde se solicitado	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	Não responde	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90% mesmo com suplemento de O ₂	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
TOTAL			07			08

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	ESCALA DE DOR ALTA	ONDA VESICAL	DIRETO DE SUÇÃO	DRENO TORACICO	() DVE	COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs	hs	hs	hs	hs	hs	hs	hs
ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

12:20 Admitido na SEM em POS de frnt. Amaro. Sondado. Expressão em AN HN útero.

13:30 Alta da SEM recuperado.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

ALTA SRPA 13:32h Acordado orientado, eupneico, hidratado, estável - sem queixas - alta planejada para 14:00h

HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

CRM 216



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	MATEUS COSTA MELO		
Diagnóstico pré-operatório	FRACTURA SUPRACONDILAR		
Operação - Tipo			
Cirurgião	Dr. Bruno Freire	1º Assistente	Ortopedia-Traumatologia
2º Assistente	André Leão de Vasconcelos Ortopedia / Cirurgia da Mão CRM 16827 / CRM - PI 4803	3º Assistente	CRM 4245 / CRM 15412
Instrumentador(a)		Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	

Diagnóstico Pós-operatório	
----------------------------	--

Relatório Imediato do Patologista	
-----------------------------------	--

Acidente Durante a Operação	
-----------------------------	--

CONTROLE DE QUALIDADE
11 JAN 2013

INTEGRAÇÃO SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lda. C
Centro Administrativo CEP: 64.000-000

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

1) PACIENTE EM DDA SOB ANESTESIA GERAL
2) ASSEPSIA, ANTISSEPSE E CAMPOS E CORDÃO
3) INCISÃO VIA POSTERIOR + ISOLAMENTO DO N. ULNAR COM PENSOLE
4) COLOCAÇÃO DE 3 PÓS DE R CURVADOS 2.0.
5) RADIOSCOPIA + SUTURA + CURATIVO + TAC

HUT-SAME
CONFERÊNCIA DE QUALIDADE
TERESINA 11 JAN 2013
PROVIDOR

OBS: VISTO NERVO ULNAR E PRESERVADO!

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE MATEUS COSTA MELO				Nº DE REGISTRO		
DATA: 22/10/17	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATORIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
		1 300				Ant. Card. e Bloqueio
		2				
		3				
LÍQUIDOS		SO-UTO 500				1) 10ml de 10mg
		SANGUE 300				2) 10ml de 10mg
		OUTROS 100				3) 10ml de 10mg
TEMPERATURA T	Cº	260				SEQUÊNCIA 1 10mg 2 10mg 3 10mg 4 10mg 5 10mg 6 10mg 7 10mg 8 10mg 9 10mg 10 10mg 11 10mg 12 13 14 15
P. ARTERIAL V O PULSO	38	240				
		200				
		180				
		160				
		140				
		120				
		100				
		80				
		60				
		40				
		20				
		0				
		0				
RESPIRAÇÃO O		0				
SÍMBOLOS		0				
DURAÇÃO 05						
TECNICAS Be. Axial + Supr. Local				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERACÖES Exat. de Urina - Test. Cerebral						
CIRURGIÖES de Axial Local						
ANESTÉSISTAS Dr. Et. S. Amaral						
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		

HUT - SAME
 CONFERÊNCIA DE ANESTESIA
 TERESOPOLIS - RJ
 22/10/17
 14h



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 22/10/17

NOME DO PACIENTE: <u>Walthers, E. Melo</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>457578</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: _____	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: _____	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Azevedo</u>	CPF Nº: _____

ENTE SEGURADORA S/A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - N.º 050-66.000-137

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>8</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>76</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>300</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>04</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>100</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>30</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>04</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>40</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>08</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	<u>01</u>					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLÉS C/AG							
CAT. GUT. SIMPLÉS S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>7-0</u>	<u>02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>U004</u>			
PROLENE							

HUT-SAME
CONTROLE DE CONSUMO
TERESINA, 12/10/17
SERVIDOR: _____

17.577.205/0015-32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III, CEP 64.082-110
Teresina - PI

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <i>UPA Renascença</i>	Para Unidade <i>HUT</i>
Paciente <i>Mathheus Costa Melo</i>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<p><i>Paciente vítima de queda da própria altura com trauma em cotovelo @</i></p> <p><i>Rx: Fratura supra condílica de úmero @</i></p> <p><i>Neuromuscular distal si. alt.</i></p>	
HD. <i>Fratura supra condílica de úmero @ fechada</i>	Dr. Antonio Nunes Martins Jr. Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 5201501-0005
Data <i>21/10/17</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para Unidade
DIAGNÓSTICO	
<p><i>11 JAN. 2018</i></p> <p>SENTE SEGURADORA S/A Rua Celso de Roseado, 405 Loja C São Paulo - SP - CEP 05416-000</p>	
Data <i>/ /</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APT.	LEITO
Mathias Costa Melo			ORTO		
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE			
Fratura Supracondilária do Ulnar E					
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: 21/10/17 HORA:		16:30h Pct. admitido no P.O. Consciente, orientado, sístico. Eupneico. Diúrese espontânea. Ag. prog. cirúrgica.			
<p>① Dab. low</p> <p>② SP 0, 8% 500 EV 12/12/17</p> <p>③ Dexam. 0,1mg + AZEV 6/12</p> <p>④ Tadal. 0,1mg + AZEV 12/12/17</p> <p>⑤ CCBG + SSVV</p>	<p>① 16:30h</p> <p>② 16:30h</p> <p>③ 16:30h</p> <p>④ 16:30h</p> <p>⑤ 16:30h</p>				
<p>Marcos Vitor P. de Carvalho Filho</p> <p>Traumatologia Ortopédica</p> <p>CRM-PI 12501</p>					
<p>⑥ JESSEMA LINA CARMONA AMANNA DO ANDRÉ 06/17</p>					
<p>11 PA T P R</p> <p>12</p> <p>18 148/89 350 82 18 ag</p> <p>24 90/60 80</p> <p>06</p>					
<p>22.10.17 09:30h Pct. Consciente, orientado, sístico. Eupneico. Normotenso. Sem febre. Ag. cirúrgica.</p>					

MÉDICO/CRM

André Vitor P. de Carvalho Filho
Ortopedista / Cirurgião de Mão
TEC 14827 / CRM-PI 12501

[Handwritten signature]

UNIDADE DE SAÚDE
CENTRO DE ATENDIMENTO
11/10/17

Enfermeira
COREM: 149472

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DO PIAUÍ

Comarca de Miguel Alves

Município de Miguel Alves

Distrito de Miguel Alves

Maria do Socorro de Carvalho Alves

Oficial Titular do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 029v, do livro A -6Proj.Cid, sob Nº de Ordem 7055 foi lavrado o assento de nascimento de Matheus Costa Melo

do sexo masculino, nascido(a) no dia oito de setembro de dois mil e cinco (08-09-2005)

às 7:15 horas, em Miguel Alves-Piauí

filho(a) de Antonio Ramos de Melo

e de Dona Diana Rocha Costa

sendo os avós paternos Isau Ferreira de Melo

e Dona Doralice Pereira Ramos

e avós maternos João Quaresma Vas da Costa

e Dona Raimunda Pereira da Rocha

O assento foi lavrado em 19 de setembro de 2005, tendo sido declarante

Antonio Ramos de Melo

de testemunhas as constantes no termo

Observações: Falta de acordo com a lei em vigor

XXX XXXX XXX XXX XXX

XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX

XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX

XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX

XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX

XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX

XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX

XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX

XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX

O referido é verdade e dou fé.

Miguel Alves, 19 de setembro de 2005

[Assinatura]
Oficial

SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL
BRVAT
CONTROLE DE VERIFICAÇÃO
11 JAN 2006
FUNTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Sousa, 455 Ld. C
Miguel Alves - PI - CEP: 64.067-000



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000772/2017-50

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 13/12/2017 - 14:25

DADOS DA OCORRÊNCIA:

Unidade Policial Responsável
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora
21/10/2017 - 07:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Endereço
RUA ALONSO CARVALHO, Nº:
Complemento

Bairro
PARQUE JUREMA

Ponto de Referência
Nº 4780

415011

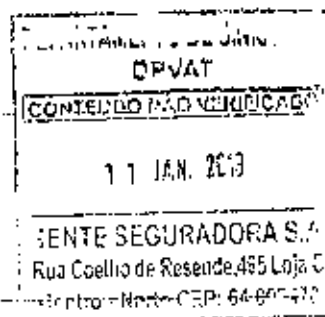
DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: **DIANA ROCHA COSTA**
RG: 2711449
Mãe: RAIMUNDA PEREIRA DA COSTA
Pai: JOÃO QUARESMA VAZ DA COSTA
Endereço: POVOADO JENIPAPEIRA DO CRUZ S/N, Nº
Bairro: PREJUDICADO
Cidade: MIGUEL ALVES

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Notificante

Nome: **MATHEUS OSTA MELO**
Mãe: DIANA ROCHA COSTA
Pai: ANTONIO RAMOS DE MELO
Endereço: POVOADO JENIPAPEIRA DO CRUZ S/N, Nº
Bairro: PREJUDICADO
Cidade: MIGUEL ALVES

Tipo Envolv.: VÍTIMA



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE INFORMA QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CIADOS, SEU FILHO MATHEUS (12 ANOS) ESTAVA SENDO TRANSPORTADO COMO PASSAGEIRO NA GARUPA DA MOTO HONDA/POP, COR PRETA, ANO 2012, PLACA DDY-9344, RENAVAM 464807263 DE PROPRIEDADE DE FRANCISCA RAMOS DE MELO RG 1.050.255 SSP-PI CPF 697841643-20 PROPRIETÁRIA E CONDUTORA DO VEÍCULO, E NAS PROXIMIDADES DO Nº 4780 DA RUA ALONSO CARVALHO BAIRRO PARQUE JUREMA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, FICANDO O JOVEM MATHEUS LESIONADO DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO Nº 457578 DO HUT, PARA ONDE O MESMO FOI LEVADO APÓS SER SOCORRIDO POR TERCEIROS. FATO TESTEMUNHADO PELA SENHORA MARIA VALDECI DE OLIVEIRA ENDEREÇO RUA ALONSO CARVALHO Nº 4780 BAIRRO PARQUE JUREMA. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA INFORMANTE.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

DIANA ROCHA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação





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

529 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000772/2017-50



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
DPVAT
CONTEÚDO BAST VERIFICADO
11 JAN. 2018
SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Fone: 069: 64.087.677

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL ESTADO DO PIAUÍ



Comarca de Miguel Alves
Município de Miguel Alves
Distrito de Miguel Alves

SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL
DIPVAT
CONTENDO N.º DE REGISTRO
11 JAN. 2013
CENTE SEGURADORAS S.A.
Rua Coelho de Resende, 463 - Loja C
Centro - Ilhéus - CEP: 64.001-670

Oficial Maria do Rosário de Carvalho Alves Titular do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 028v, do livro A - 6 Proj. Cid, sob N.º de
Ordem 7055 foi lavrado o assento de nascimento de Mathheus Costa Melo
do sexo masculino, nascido(a) no dia oito de setembro de dois
mil e cinco (08-09-2005)
às 7:15 horas, em Miguel Alves - Piauí
filho(a) de Antonio Ramos de Melo
e de Dona Diana Rocha Costa
sendo os avós paternos Issu Ferreira de Melo
e Dona Doralice Pereira Ramos
e avós maternos João Quaresma Vaz da Costa
e Dona Raimunda Pereira da Rocha
O assento foi lavrado em 19 de setembro de 2005, tendo sido declarante
Antonio Ramos de Melo
de testemunhas as constantes no termo
Observações: Feito de acordo com a lei em vigor

O referido é verdade e dou fé.

Miguel Alves (PI), 19 de setembro de 2005

Oficial

Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/reembolso.

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 do Sinistro ou ASI	CPF da Vítima	Nome completo da vítima <i>Mathheus Costa Melo</i>
---------------------------	---------------	-------------------------------------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Diana Rocha Costa</i>		CPF titular da conta	Profissão <i>Recebe-me</i>
Endereço <i>LC. Genipapo</i>		Número	Complemento <i>casa</i>
Bairro <i>Zona Rural</i>	Cidade <i>Niquel Alves</i>	Estado <i>PE</i>	CEP <i>64.130.000</i>
E-mail	Telefone (DDD)		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 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	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	

AGÊNCIA NÚM.	D/V	CONTA NÚM.	D/V
<i>5803</i>	<i>3</i>	<i>1000092</i>	<i>0</i>
Informar dígito se existir.		Informar dígito se existir.	

AGÊNCIA NÚM.	D/V	CONTA NÚM.	D/V
Informar dígito se existir.		Informar dígito se existir.	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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, PE de janeiro de 18
Local e data

+ Diana Rocha Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Parcialmente verificada

BAVAT

CONTENDO NAS VERIFICAÇÕES

11 JAN. 2010

VENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 455 Lote C

Centro - Niterói - RJ - CEP: 24090-170

