

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: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEMILSON SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000019969-2

Nr. da Autenticação 63E508AE937E194E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190361160 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEMILSON SILVA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190361160

Vítima: CLEMILSON SILVA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEMILSON SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: CLEMILSON SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003887

Conta: 0000019969-2

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

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190361160 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEMILSON SILVA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(99) 3465-1015 - (99) 3465-1369
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0235299
Data: 24/02/2019
Funcionário: ELDER

Registro: 112
Hora: 18:53:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 57

SUS

CLEMILSON SILVA

CPF: - RG: 1982747 - SUS:

Nasc.: 21/08/1979 Idade: 39 ANOS, 6 MESES, 3 DIAS Profissão:

Civil: CEP: 64300000

End.: BR 316, 0 - Bairro: PISTA NOVA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: MARIA ANTONIA DE JESUS SILVA

Pai: BENEDITO ELIODORO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação

Paciente: 39 anos, vítima trauma mecânico em membros inferiores

Lesão contusão no tornozelo direito

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Trauma

Prescrição Médica:

1) Olanzapina 5mg - 1 comprimido 2x ao dia

2) Voltaren 75mg - 1 comprimido 3x ao dia

Eládio Geraldo de Lima Junior
Técnico de Enfermagem
COREN-PI: 1291541

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 18:56:11

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: DOR EM PÉ ESQUERDO APÓS QUEDA DE MOTO + ESCORIAÇÕES

Alergias: NEGA

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: ENC AO CLINICO

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

Destino: _____

Hora: _____

Jatiane Alves

CLEMILSON SILVA
Paciente ou Responsável

Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6067

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável



Auricélia Pereira Lô
Enfermeira
COREN-PI: 1291541

406836 - AURICELIA PEREIRA LÔ
Enfermeiro Responsável

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Hospital Regional Justino Luz
Pça. Dr. Antenor Neiva,
184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

CNPJ: 06.553.564/0102-81

1ª via farmácia
2ª via paciente

Carimbo do Médico

Paciente:

Demilson Silva

Endereço:

Prescrição

Uso oral

① Clonazepam 50mg

1 comprimido 3x ao dia, por 14 dias

Mon

② Lisapril

1 comprimido 1x ao dia, por 14 dias

Mon

Data:

26/07/19

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. Completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

PACIENTE: CLEMILSON SILVA
DN: 21/08/1979 IDADE: 39 ANOS
ENDEREÇO: BR 316 BAIRRO PISTA NOVA
CIDADE: VALENÇA DO PIAUÍ / PI
CNS:
NOME DA MÃE: MARIA ANTONIA DE JESUS SILVA

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

→ Paciente, 39 anos, vítima trauma motociclistico evolui com algia intensa MIE. Rx do membro evidenciou FRATURA FALANGES PROXIMAL 4 E 5 PODODÁCTILO PÉ E

DIAGNÓSTICO:

→ FRATURA FALANGES PROXIMAL 4 E 5 PODODÁCTILO PÉ E



EXAMES REALIZADOS:

→ Rx PÉ E

TRATAMENTO REALIZADO:

→ ANALGESIA

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

→ CONDUTA ESPECIALIZADA

DATA DA REGULAÇÃO: 24 / 02 / 2019

DATA DA SENHA: 24 / 02 / 19

SENHA: 2033 0324 13 000 58

HOSPITAL: Justino e Silva

MOTORISTA: _____

MÉDICO: _____





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTONIO NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0615915

Data: 25/02/2019

Funcionario: FRAN

Registro: 406887

Hora: 02:07:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 6

SUS

CLEMILSON SILVA

Nasc.: 21/08/1979 Idade: 39 ANOS, 6 MESES, 4 DIAS Profissão: LAVRADOR

End.: BR 316, 0 -

Bairro: PISTA NOVA

CPF: 028.443.953-33 - RG: 1982747 - SUS:

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64300-000

IBGE: 2211308 Cor: PARDA Mãe: MARIA ANTONIA DE JESUS SILVA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Telefone: (89) 9994-77796

Celular: (89) 9994-77796

Pai: BENEDITO ELIODORO DA SILVA

Clinica: ACOlhIMENTO

Documento: 122728 - INES LUCIA PACHECO LEAL

Responsável: CLEMILSON SILVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 140x90mmHg

Procedimentos

25/02/2019 2:07 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

223505

☒ Sem

☐ Vermelho - Emergência

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: DOR NO DEDO DO PE Por acidente de Valença do Piauí, vítima de acidente motorístico há ± 07 horas. Gênero com sangria em M.E.

Exame clínico/físico:

Acidente motorístico, não In apresentando dor e deformidade + edema em 4. e 5. metacarpais esquerdo. Negs alergia medicamentosa. Sem outras queixas e sem alterações de exame físico.

Diagnostico provável:

① Rx p.e

② Análise ortopédica

③ Análise da dor

④ Injeção 50mg - Dexam + AD, IV, opor 02:50

⑤ Tetracil 40mg - Dexam + AD, IV, opor 02:50

☐ NOTIFICAR?

Medicação:

Dra. Sarah Luz Santos
MEDICA
CRM-PI 7271

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Rx: 4x5 FDE

Ed: + entumescimento e Mo ungueal

de sangramento



Ass. Técnico

Responsável: CLEMILSON SILVA

122728 - INES LUCIA PACHECO LEAL

Atendimento:	I058461
Data:	25/02/2019
Hora:	12:19

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

Nº AIH
TAILA

BOLETIM DE ADMISSÃO

406887 - CLEMILSON SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 21/08/1979 - Cor/Raça: 03-PARDA

39 ANOS,6 MESES,4 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 13- ORTOPEDIA - M Leito: C13/65 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 4602 - FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO

CPF:028.443.953-33 RG: 1982747 CNS: SIS Prenatal:

Endereço: BR 316, N° 0 - CEP: 64300-000 Bairro: PISTA NOVA

Cidade: 2211308- VALENCA DO PIAUI/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: (89) 9994-77796

Pai: BENEDITO ELIODORO DA SILVA Mãe: MARIA ANTONIA DE JESUS SILVA

Responsavel: TATIANE ALVES - (89) 9994-77796 - ESPOSA

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



Hall

Clementina Silva

13-65

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
04 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

NOME:	Clementina Silva	ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
HD:	74 de SPDE	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES			
DATA: 25/02/2019		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
1. DIETA ORAL EMER: dieta geral		SND			
2. JELCO SALINIZADO		OKI			
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG		SND			
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h. S/N		SND			
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N		SND			
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h. S/N		SND			
7. CCOG+SSV		SND			
8. TILATIL 40MG, EV, 12/12H		SND			
9. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
10. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
11. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
12. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
13. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
14. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
15. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
16. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
17. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
18. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
19. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
20. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
21. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
22. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
23. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
24. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
25. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
26. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
27. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
28. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
29. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
30. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
31. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
32. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
33. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
34. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
35. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
36. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
37. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
38. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
39. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
40. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
41. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
42. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
43. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
44. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
45. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
46. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
47. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
48. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
49. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
50. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
51. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
52. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
53. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
54. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
55. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
56. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
57. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
58. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
59. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
60. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
61. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
62. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
63. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
64. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
65. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
66. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
67. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
68. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
69. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
70. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
71. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
72. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
73. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
74. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
75. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
76. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
77. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
78. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
79. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
80. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
81. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
82. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
83. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
84. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
85. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
86. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
87. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
88. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
89. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
90. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
91. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
92. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
93. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
94. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
95. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
96. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
97. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
98. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
99. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			
100. FOLHA DE SÍLVE, 1 copo		SND			

Deborah L. L. Martins
Enfermeira
COREN-PI 503.57

R. José E. Pass
Admissão -> MU

GR. José A. V.
Enfermeiro
COREN-PI 114.117

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Eleilson Silva ☐ Prontuário: _____

D.N.: 21/08/1974 Sexo: M F: _____

Procedimento Cirúrgico: Gastrectomia total Data Cirúrgica: 25/02/19
Exp 4: 5: pediculado

Antes da indução anestésica

Antes da incisão cirúrgica

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?

☐ Sim

O local está demarcado?

☐ Sim

☐ Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?

☐ Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?

☐ Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?

☐ Sim

☒ Não

Via aérea difícil ou risco de aspiração

☐ Não

☐ Sim, equipamentos/assistência disponíveis

Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)?

☐ Não

☐ Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos

☒ Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função

☐ Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não aplicável

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:

☐ Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?

☐ Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiológico:

☐ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para equipe de enfermagem:

☐ Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?

☐ Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?

☐ Sim

☐ Não aplicável

Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:

☐ O nome do procedimento

☐ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas

☐ A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)

☐ Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:

☐ Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?

assinatura-COREN

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

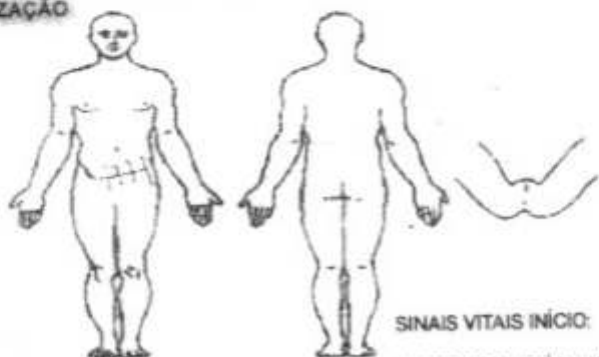
04 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE Ruth Ferreira SALA Nº 02
 ENTRADA NA SO 11 20 INÍCIO DA ANESTESIA 11 35 INÍCIO DA CIRURGIA 11 40
 SAÍDA DA SO _____ TÉRMINO DA ANESTESIA _____ TÉRMINO DA CIRURGIA _____
 CIRURGIA PROPOSTA: cateterização de vesícula exposta do 4º 5º
 CIRURGIA REALIZADA exatidão
 CIRURGIÃO Dr. J. J. J. J. ANESTESIOLOGISTA _____ INSTRUMENTADOR _____
 ASSISTENTES: 1º _____ CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTODOS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 130/80 SATO 100% FC 89 bpm
 SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 120/86 SATO 100% FC 89 bpm

TIPO DE ANESTESIA

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO | ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX | ☐ GERAL VENOSA | ☒ GERAL LOCAL |
| ☐ BLOQUEIO AXILAR | ☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20 | ☐ LOCAL | ☐ COM CATETER |
| ☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2 | ☐ BLOQUEIO PERIBULBAR | ☐ PERIDURAL | ☐ SEM CATETER |
| ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL | ☐ GERAL COMBINADA (V+1) | ☐ SEDAÇÃO | ☐ SEDAÇÃO + LOCAL |
| | ☐ GERAL INALATÓRIA | ☐ SEDAÇÃO + LOCAL | ☐ TÓPICA |

- ☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ ☐ COM CUFF ☐ SEM CUFF ☐ MASCARA LARÍNGEA Nº _____ ☐ OUTRAS _____

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

- ☒ DORSAL ☐ GINECOLÓGICA ☐ LATERAL ESQUERDO ☐ SENTADA ☐ TREDELEMBURG
☐ VENTRAL ☐ LITOTÔMICA ☐ LATERAL DIREITO ☐ SEMI-FOWLER

PREPARO DA PELE

- DEGERMAÇÃO ☒ PVPI DEGERMANTE ☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA ☐ PVPI TÓPICO
 ANTI-SEPSIA ☐ PVPI ALCOOLICO ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO
 REALIZADA POR ☐ EQUIPE MÉDICA ☐ EQUIPE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ CATETERISMO VESICAL ☐ TRICOTOMIA ☐ PASSAGEM SNG ☐ ASPIRAÇÃO
☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl ☐ FUNÇÃO VENOSA ☐ SNG Nº _____
☐ SNG Nº _____ ☐ JELCO Nº _____

- ☐ Sonda Uretral Nº _____ ☐ COLETOR ☐ UROSTOP ☐ AP BARBEAR ☐ SNG Nº _____
☐ Sonda Foley Nº _____ ☐ LANCETA _____ UND ☐ Sonda de Aspiração Nº _____ ☐ JELCO Nº _____

GARROTEAMENTO

- TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH _____ UND ☐ GARROTE PR _____ NÃO SE APLICA
 LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO _____ ☐ COXA _____
 TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____

SERVIÇOS SOLICITADOS

- ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA ☐ NÃO ☐ SIM LOCAL _____
☐ LABORATÓRIO ☐ FOX ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ OUTROS _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN. 2019

Nº DE FRASCOS _____

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>Emilson Silva</i>				DATA <i>25/02/14</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML	<i>01</i>			ARCO CIRÚRGICO	☐	
SERINGA 5 ML/10 ML	<i>01</i>			BOMBA DE INFUSÃO	☐	
SERINGA 20 ML				ASPIRADOR	☐	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	☐	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	☐	
AGULHA 40X12				ULTRASSON	☐	
ALGODÃO				STIMUPLEX	☐	
ÁGUA DESTILADA						
PVPI <i>apico independente 1cm</i>				USO DA SALA		
SONDA VESICAL				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
OLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE	<i>03</i>			OPERAÇÃO <i>Osteotomia de fixação de US</i>		
ATADURA COM CREPOM				CIRURGIÃO <i>Após finho</i>		
ATADURA GESSADA				AUXILIAR		
ATROPINA				ANESTESISTA		
KETALAR				TIPO DE ANESTESIA <i>local</i>		
DIMORF				INSTRUMENTADOR		
NEOCAÍNA PESADA				OCORRÊNCIAS		
LIDOCAÍNA <i>STU</i>	<i>02</i>					
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
CITOCINA						
DIETHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE <i>FIO de linha N: 2</i>	<i>02</i>					
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE						
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL	<i>03</i>					
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0,9%						
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data *15/04/14*
Funcionário *[assinatura]*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN. 2019

MÉDICO: _____
ENFERMEIRA(O): _____
TÉC. ENFER.: _____

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 463 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:					Nº DE REGISTRO		
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS		
					TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					SEQUÊNCIA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
LÍQUIDOS	SO. UTO SANGUE OUTROS	500 400 300 200 100					
TEMPERATURA T	C°	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO	38						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS					DURAÇÃO		
TÉCNICAS							
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
CONDICÕES DE TRABALHO							
IMEDIATAS: Centro - Norte CEP: 64.002-771							
PARTICULARIDADES							

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 04/06/2019
Funcionário

INCIDENTE
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
R. ...
CONDICÕES DE TRABALHO
IMEDIATAS: Centro - Norte CEP: 64.002-771



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
028.443.953-33

Nome
CLEMILSON SILVA

Nascimento
21/08/1979



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

1.982.747

DATA DE
EXPIRAÇÃO

28/11/17

NOME

CLEMILSON SILVA

FILIAÇÃO

MARIA ANTONIA DE JESUS SILVA
BENEDITO ELIODORO DA SILVA

NATURALIDADE

VALENÇA DO PIAUI-PI

DATA DE NASCIMENTO

21/08/1979

DOC. GISEM

CERT. NASC. 6044 L A-06 F 182-V

CPF

EXP VALENÇA DO PIAUI-PI 11/10/97

028.443.953-33
1088461

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Policial Civil

LEI Nº 7.110 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

digito verificador: 00

As 11:42:45 do dia 17/10/2017 (hora e data de Brasília)
Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil



CÓDIGO DE CONTROLE
8A98.0024.3B3C.516C

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



x Clemilson Silva
1088461

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SÃO PAULO 1342-5
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GIMINETTON DAUNT




Jose Ivan de Oliveira

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 36.100.495-3 DATA DE EMISSÃO 10/DEZ/98

NOME JOSE IVAN DE OLIVEIRA

ALÍASE IVO TRAJANO DE OLIVEIRA

E IDA MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA

NATURALIDADE VALENÇA DO PIAUI -PI DATA DE NASCIMENTO 17/SET/1972

DOC CIVIL VALENÇA DO PIAUI

CNPJ CN:LV.A003/FLS.057V/N.001927

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N.º 116 DE 23/04/93



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Nº de Inscrição

411758243-72



Data do Nascimento

17/09/72

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002471



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000520/2019-01

Unidade de Registro: DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Pablo Roberto Rocha Nunes

Data/Hora: 27/05/2019 - 10:37

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

RUA ÀS MARGENS DA BR 316, Nº

Complemento

BAIRRO PISTA NOVA

Data/Hora

24/02/2019 - 18:30

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

EM FRENTE À OFICINA DO GRILO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CLEMILSON SILVA

RG: 1982747 SSP PI

Mãe: MARIA ANTONIA DE JESUS SILVA

Pai: BENEDITO ELIODORO DA SILVA

Endereço: BR 316, KM 210, Nº 150

Complemento: BAIRRO PISTA NOVA

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9908-2522

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: DÉNEN VINÍCIUS DA SILVA

RG: 7570086 SSP PI

Mãe: ANTONIA MARTA DE SILVA

Endereço: BR 316, KM 210, Nº 150

Complemento: BAIRRO PISTA NOVA

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Honda

Ano: Placa: Chassi:

1 - HONDA, CG 150 TIGER KS

2008 KKN8588 9C2KC08108R256613

Condutor: CLEMILSON SILVA

RG: 1982747 Orgão: SSP UF: PI

End: BR 316, KM 210, Número: 150 Complemento: BAIRRO PISTA NOVA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: CLEMILSON SILVA

End: BR 316, KM 210, Número: 150

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

2 - VW, Gol

1994 LWQ0254 9BWZZ30ZRT019451

Condutor: FIAN

End: PREJUDICADO Nome: Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: FERNANDO DE OLIVEIRA LIMA

End: PREJUDICADO Número:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

RELATO DA OCORRÊNCIA





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000520/2019-01

O noticiante compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para comunicar: QUE, no dia e horário acima indicados deslocava-se pelo bairro Pista Nova neste município de Valença do Piauí, conduzindo a motocicleta Honda CG 150 Titan acima descrita; QUE, o seu sobrinho menor CLEMILSON SILVA estava na garupa da motocicleta; QUE, o veículo VW Gol acima descrito colidiu com a motocicleta conduzida pelo noticiante; QUE, após a colisão Dênen e o noticiante foram socorridos por populares e levados para o Hospital Regional de Valença do Piauí, sendo posteriormente encaminhados para o hospital de Picos; QUE, como consequência do acidente o noticiante sofreu fratura em dois dedos do pé esquerdo e Dênen também sofreu fratura em dois dedos do pé esquerdo; QUE, o veículo VW Gol tinha como condutor um indivíduo de nome IVAN, que após o acidente foi conduzido para a Delegacia de Polícia Civil de Valença do Piauí para apresentação do sintoma de embriaguez. Era o que tinha a noticiar.

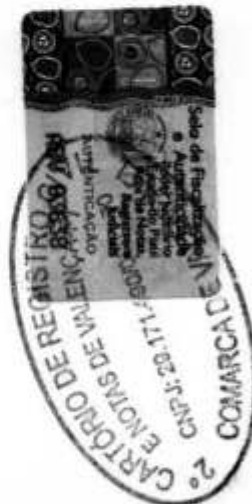
Roberto Rocha Nunes
Roberto Rocha Nunes - Mat. 2814595
AGENTE DE POLÍCIA

Clemilson Silva
CLEMILSON SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE
Em 27/05/2019
Francisca Maria Moraes de Romo
Francisca Maria Moraes de Romo - Escrevente Autorizada
(F15045)



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 028.443.953-33 Nome completo da vítima: Clemilson Silva

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

Nome completo: CLEMILSON SILVA Número: 028.443.953-33 Complemento: CRSA

Profissão: Recusou Endereço: Ba 316 150 Estado: PI CEP: 64300-000

Bairro: Duna Cidade: Valença Tel (DDD): (85) 334122206

E-mail: jipivan6.j@gmail.com

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3887 CONTA: 19969 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Valença do Piauí - PI 02/06/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Clemilson Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

José Ivan de Oliveira
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

150-514026202-5

31/MAT/2019

HORA DE 11:07:05

LOT: 16.018561-0

TERM: 015230

LOCALIDADE: VALENCA DO PIAUI

AG. VINCULADA: 3887

CONTROLE: 294413333

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3887 013 00019969-2

CLEMILSON SILVA

VALOR :

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

150-514026202-5

1ª VIA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

