

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: 22/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO DE MOURA BORGES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000019610-3

Nr. da Autenticação 60A5A2DFA079E610





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Cadastro do Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

Matrícula 1732850-0		Hidrometro A07N261934		Recibo ABR/2018	
Nome/Razão Social/Endereço MIRIAN DANTAS NOGUEIRA RUA ANTONIO LUIS, 1180 AMANDO LIMA VALENCA 64300000					
Situação 3/1					
Classificação de Uso 1					
Inscrição 113 1 05 0317 0130-000					
Período de Consumo 09/03/2018 a 09/04/2018					
Forma de Faturamento FATURADO P/ CONSUMO NORMAL					
Cód. Responsável 028662089					
Consumo Médio 11					
Consumo Faturado 13					
Valor (R\$) 43,97					
Nome do Serviço MANUTENCAO HIDROMETRO					

VENCIMENTO 17/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 43,97
 AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 2 VALOR: R\$60,01
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2014/701-MD									
Parâmetros	Unidade	Cor	Cloro	pH	Ferro	Cálcio	Condutividade	Temperatura	Observações
Valor Máximo Permitido	litro	15	1,0	6,5-8,5	0,5	100mg/L	500µS/cm	10-30°C	
Atividade de Amostragem Original									
Atividade de Amostragem Realizada									
Atividade de Amostragem Legalizada									
Valor Médio		0.51	0.46	6.90	7.17	0.02	0.00	0.00	
PASSAR A QUALIDADE DA ÁGUA, ADEQUADA PARA O CONSUMO HUMANO.									
AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA: ATIVAR O VÍDEO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETO DO BARRIO PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL									

SABEMI SEGURODORA S/A
 14 SET 2018
 RECEBIDO

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GOIVALDO DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF 912.574.183 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PEDRO DE MOURA BORGES inscrito (a) no CPF sob o Nº 489.911.803 / 10 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima PEDRO DE MOURA BORGES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 489.911.803 / 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>RUA ANTONIO LUIS</u>	<u>1180</u>	<u>URBANO</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>AMANDOLIMA</u>	<u>VALENÇA</u>	<u>PIAUÍ</u>
CEP	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>64.800.000</u>	<u>(29) 999.11.66.11</u>	<u>994.093745</u>
E-mail		
<u>goivaldo.nascimento@yahoo.com.br</u>		



Valença - P. 22 de Agosto de 2018

Local e Data

Goivaldo do Nascimento

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu MARIA FRANCISCA DE SOUSA BORGES
 RG nº 2.246.684 data de expedição 16/08/01
 Órgão SPR/PI, portador do CPF nº 965.874.403-63 com
 domicílio na cidade de Valença, no Estado de
Piauí onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PADRE SILVA nº 1348
 complemento MABANO, deploro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima PEDRO DE MOURA BORGES cujo o condutor era
PEDRO DE MOURA BORGES

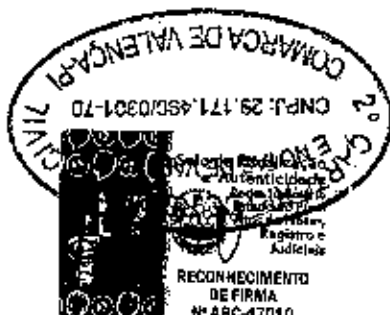
Veículo: MOTO
 Modelo: HONDA POP 100
 Ano: 2011/2012
 Placa: ODU-6367
 Chassi: 902HB0210BR254601
 Data do Acidente: 24/06/2018
 Local e Data: VALENÇA DO PIAUÍ/22/08/18



Maria Francisca de Sousa Borges
 Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima, reclamante do sinistro)



2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
 Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (88) 3465-1171

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FOLHA DE: MARIA FRANCISCA DE SOUSA BORGES, DADO E RECEBIDO TEST. DA SAGEMI SEGURADORA S/A, NO PIAUI-PIZ01/08/2018, L.EMP.:3,711, T0:0,24, L:160,8, B:0,1, total:4,21
 Selo:ABC-47010 (F140F33)
Ana Claudia Melo L. F. Chaves Barbosa
 Ana Claudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa-ESCREVENTE

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
 Escrevente Autorizada



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0207302
Data: 24/06/2018
Funcionário: DANRLEY

Registro: 4931
Hora: 08:48:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha **3**

PEDRO DE MOURA BORGES

Nasc.: 20/09/1973 Idade: 44 ANOS, 9 MESES, 4 DIAS Profissão:

End.: RUA PADRE SILVA N 1348, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cor: BRANCA Telefone: () -

Mãe: LUISA MARIA DE MARIA DE MOURA

Civil:

CEP: 64300-00

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Pai: LOURISVAL BORGES DE SOUS

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

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

História Clínica/Exame físico:

Hora: _____

☐ Internação

Paciente, 44 anos, vítima de trauma por queda de altura, com dor no membro superior direito.

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

fratura

Prescrição Médica:



① Discrepança diagnóstica - 14 dias de tratamento - 05 - 14 dias

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 09:02:12

Idade:

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

Queixa/História: TRAUMA

Alergias: PETVIT, BENZETACIL

Medicação Usual:

PA: 150X80 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mmHg

SAT O2: 98

Dor:

FC: 70 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: APRESENTA DOR E EDEMA EM MID

Conduita: ENC AO CLINICO GERAL

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino:

Hora: _____
Dr. R. Soares

Médico

CRM-PI 0007

491579 CAMILA DA COSTA SOARES
Enfermeiro Responsável

Pedro
PEDRO DE MOURA BORGES

Nome: PEDRO DE MOURA BORGES

Requisitante: .

Data: 31/07/2018

Nº.: 29716

EXAME: RX DO PÉ DIREITO (02 INC.)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Fraturas em consolidação no terço proximal do 3º e 4º metatarsianos.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax. (89) 3465-1201 - Valença do Piauí

ER20180624091410

PEDRO MOURA BORGES
0

EMERGENCY
23 07 2018

34.1%



EP20180624091410

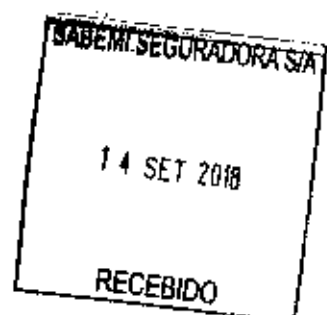
PELHO MOURA BORGES

0

EMERGENCY

23.07.2018

32.0%





Dr. Helder Oliveira
CRM: 100.000.000-00
CPF: 000.000.000-00

RECEITUÁRIO

Pedro de Moura Borges

Doença resultante de acidente de trânsito
(92%). dia 24/06/18, acidente: Trau-
matismo de pé Direito com fraturas
no 1/3 proximal de 3º e 4º metatarsianos;
além disso, edema local, traumatismo
de balaço Direito com edema local, sendo
submetido a tratamento conservador
alto do Tratamento 02/10/2018, com
redução da espessura funcional do
pé Direito de aproximadamente 30%, no
momento da consulta.

Dr. Helder Oliveira
CRM: 100.000.000-00
CPF: 000.000.000-00

Volante de Data 02/10/18
Volante de Data 02/10/18
2018

Saúde e Vida

(89) 3463.2647

SABEMI SEGURADORA S/A

28 NOV 2018

RECEBIDO

17 JAN 2019

RECEBIDO

Clínica
Dr. Helder
Oliveira

Av. Prof. João Soares, 966 - Centro

Valença do Piauí-PI

CNPJ nº 015.067/0001-50

RECEITUÁRIO

Nome:

Pedro de Moura Bonger

Paciente vítima de acidente de Trânsito (ATV), dia 24/06/18, no exame: Traumatismo de pé Direito com fratura no $\frac{1}{3}$ proximal de 3º e 4º metatarsianos, edema local, Traumatismo de halux Direito com edema local, sendo submetido a tratamento conservador, alta do tratamento 02/10/2018, com redução da capacidade funcional do pé Direito de aproximadamente 30%; no momento do exame.

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira
Médico
CRM: 2640
CPF: 499.260.133-72

Valença do Piauí, 02/10/18

Helder Ant. M. de O.

2640

Saúde é Vida

[89] 3465.2647

Nome: PEDRO DE MOURA BORGES

Requisitante: .

Data: 31/07/2018

Nº: 29716

EXAME: RX DO PÉ DIREITO (02 INC.)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Fraturas em consolidação no terço proximal do 3º e 4º metatarsianos.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

PEDRO DE PAULA GONÇALVES NETO
CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (89) 3465-1201 - Valença do Piauí

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.641.947 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/08/17

NOME PEDRO DE MOURA BORGES

FILIAÇÃO LUIZA MARIA DE MOURA
LOURIVAL BORGES DE MOURA

NATURALIDADE SÃO JOSÉ DO PIAUÍ-PI DATA DE NASCIMENTO 20/09/1973

DOC. ORDEM CERT. CASAM. 1675 L B:5 F 272

CPF EXP. VALENÇA DO PIAUÍ 489.911.803-1114903


489.911.803-1114903 - Exp. das Chagas Pinheiro Martins
Polícia Classe Gen. 1

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

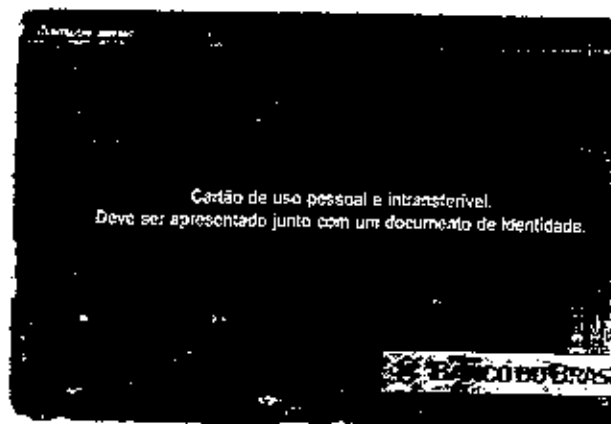
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Pedro de Moura Borges
1114903

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALOR DO TERCIO QUINQUAGESIMO ANIVERSARIO

Quantidade 2.112.027 Data 26/03/14

Nome GIVALDO DO NASCIMENTO

Função

ESMERALDA MARIA DO NASCIMENTO SANTIAGO

Valor do Tercio

VALENÇA DO PIAUI-PI Data de Nascimento 01/11/1920

CERT. CASAM 2523 L 78 P 150V

EXP. VALENÇA DO PIAUI-PI 13/03/02

Telefone 972.574.781-68

LAJ Nº 7.116 DO JORNAL - Cópia Nº 1º do Livro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DE
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E DE PROTEÇÃO DO MEIO AMBIENTE

Givaldo do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

RECEBIMOS DA SECRETARIA DE
14 SET 1980
RECEBIDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180427167 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO DE MOURA BORGES **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO PROXIMAL DO 3º E 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR. HELDER ANTONIO M. DE OLIVEIRA, CRM: 2640, DE: 02/10/2018 (PÁG. 1).

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180427167 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO DE MOURA BORGES **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO PROXIMAL DO 3º E 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR. HELDER ANTONIO M. DE OLIVEIRA, CRM: 2640, DE: 02/10/2018 (PÁG. 1).

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180427167 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO DE MOURA BORGES **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO PROXIMAL DO 3º E 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVIABILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

Telephone: (81) 994444351

Telephone: 091 799 31 6611

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 LÍDER 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 enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.

Local e data

[illegible]

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Escritora Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336582/18

Número do Sinistro: 3180427167

Vítima: PEDRO DE MOURA BORGES

CPF: 489.911.803-10

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/06/2018

Titular do CPF: PEDRO DE MOURA BORGES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO
CPF: 972.574.783-68

GIVALDO DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: VITOR MATEUS RODRIGUES
CPF: 812.754.710-72

VITOR MATEUS RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336582/18

Vítima: PEDRO DE MOURA BORGES

CPF: 489.911.803-10

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/06/2018

Titular do CPF: PEDRO DE MOURA BORGES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GIVALDO DO NASCIMENTO : 972.574.783-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PEDRO DE MOURA BORGES : 489.911.803-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/09/2018
Nome: PEDRO DE MOURA BORGES
CPF: 489.911.803-10

PEDRO DE MOURA BORGES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018
Nome: VITOR MATEUS RODRIGUES
CPF: 812.754.710-72

VITOR MATEUS RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336582/18

Número do Sinistro: 3180427167

Vítima: PEDRO DE MOURA BORGES

CPF: 489.911.803-10

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/06/2018

Titular do CPF: PEDRO DE MOURA BORGES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/11/2018
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO
CPF: 972.574.783-68

GIVALDO DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2018
Nome: VITOR MATEUS RODRIGUES
CPF: 812.754.710-72

VITOR MATEUS RODRIGUES

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO DE MOURA BORGES

Nº Sinistro: 3180427167

Vitima: PEDRO DE MOURA BORGES

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180427167**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13373505



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO DE MOURA BORGES

Nº Sinistro: 3180427167

Vitima: PEDRO DE MOURA BORGES

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180427167**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180427167

Vítima: PEDRO DE MOURA BORGES

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PEDRO DE MOURA BORGES

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180427167

Vítima: PEDRO DE MOURA BORGES

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO DE MOURA BORGES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: PEDRO DE MOURA BORGES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003887

Conta: 000000019610-3

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (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
	489.911.803-10	PEDRO DE MOURA BORGES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
PEDRO DE MOURA BORGES		489.911.803-10	TRAB. RURAL
Endereço		Número	Complemento
RUA PADRE SILVA		1348	MAIANO
Bairro	Cidade	Estado	CEP
AMANDO LIMA	VALENÇA	PIAUÍ	64.300.000
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

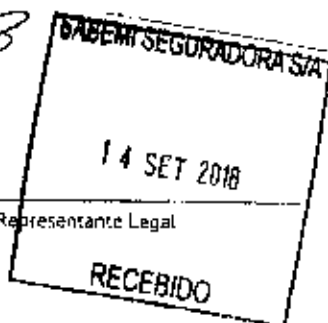
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input 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 type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ CONTA NRO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V
3887	013	0009610	3
(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.

VALENÇA-PI 22 de Agosto de 2018
Local e Data

Pedro de Moura Borges
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000628/2018-11

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Carlos Henrique Alves Do Nascimento

Data/Hora: 27/07/2018 - 15:47

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

ESTRADA QUE LIGA VALENÇA AO POVOADO BREJO DA CONCEIÇÃO, Nº:

Complemento

Data/Hora

24/06/2018 - 06:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO CEMITÉRIO DA SANTA ROSA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PEDRO DE MOURA BORGES

RG: 4641947 SSP SP

Mãe: LUIZA MARIA DE MOURA

Pai: LOURIVAL BORGES DE MOURA

Endereço: RUA PE. SILVA, Nº 1348

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ - CEP: 64300-000

Telefone(s): 89-9444-4352

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. POP100

Ano: Placa: Chassi:

2011 ODU6387 9C2HB0210BR254601

Renavam:

00337657327

Cor:

Preta

Condutor: PEDRO DE MOURA BORGES

End: RU PE SILVA Número: Complemento:

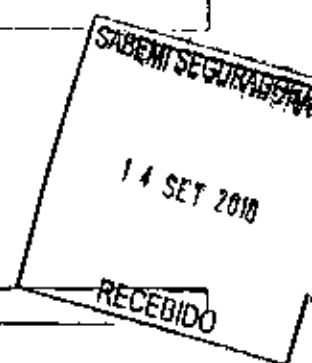
Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE NARRA QUE NA DATA ACIMA DESCRITA DESLOCAVA-SE DESTA CIDADE DE VALENÇA-PI PARA A LOCALIDADE BREJO DA CONCEIÇÃO, ZONA RURAL DESTE MUNICÍPIO, NA CONDUÇÃO DA MOTOCICLETA TAMBÉM DESCRITA ACIMA, A QUAL É LICENCIADA EM NOME DE SUA ESPOSA, A SRA. MARIA FRANCISCA DE SOUSA BORGES, CPF 965.874.403-63; QUE, NAS PROXIMIDADES DO CEMITÉRIO DA SANTA ROSA, DESEQUILIBROU-SE EM UM TRECHO COM MUITA AREIA E CAIU; QUE, EM DECORRÊNCIA DESSA QUEDA, SOFREU UMA FRATURA NO PÉ DIREITO; QUE, MESMO MACHUCADO E POR NÃO TER NINGUÉM NO LOCAL, FOI SÓ AO HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR..

Carlos Henrique Alves Do Nascimento - Mat. 1084747
AGENTE DE POLÍCIA

Pedro de Moura Borges
PEDRO DE MOURA BORGES - Noticiante
Responsável pela Informação





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

518 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000628/2018-11

Delegado de Polícia



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assinada por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da vítima

PEDRO DE MOURA BORGES

CPF da Vítima

489.911.203-10

Data do Acidente

24/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

[Assinatura]

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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

Assinilar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realize perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realize perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização no Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Valéria P. M. de Agostini de 2018

Local e Data



Pedro de Moura Borges

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0207302

Data: 24/06/2018

Funcionário: DANRILEY

Registro: 4931

Hora: 08:48:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 3

PEDRO DE MOURA BORGES

CPF: 48991180310 - RG: 326415324 - SUS: 125393194260

Nasc.: 20/09/1973 Idade: 44 ANOS, 9 MESES, 4 DIAS Profissão:

Civil: CEP: 64300-000

End.: RUA PADRE SILVA N 1348, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Cor: BRANCA Telefone: () -

Mãe: LUISA MARIA DE MARIA DE MOURA

Pai: LOURISVAL BORGES DE SOUZA

Clínica: CLÍNICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTÂNEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

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

História Clínica/Exame físico:

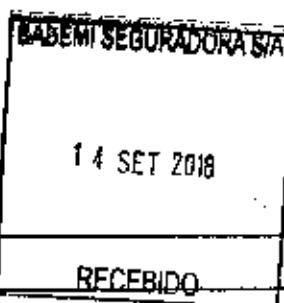
Hora: ____:____

☐ Internação

Paciente, 44 anos, vítima de trauma por queda de altura, com dor no membro superior direito.

Exames Complementares:**Diagnóstico provável:**

fratura

Prescrição Médica:

① Dispositivo de fixação - 03 And. do - 01 - 48004

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 09:02:12

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

Queixa/História: TRAUMA

Alergias: PETVIT, BENZETACIL

Medicação Usual:

PA: 150X80 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT 02: 98

Dor:

FC: 70 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: APRESENTA DOR E EDEMA EM MÍD**Conduta:** ENC AO CLÍNICO GERAL491579 CAMILA DA COSTA SOARES
Enfermeiro Responsável**Dados da Alta**☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

Destino:

Hora:

Dr. Rafael Bastos Vieira

Médico

CRM-PI 0007