

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 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 assistida 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 interdita 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

Maria do Rosário de Fátima Gomes

CPF da Vítima

647-207-273-04

Data do Acidente

23-02-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

647-307-273-04

E-mail

Telefone (DDD)

85 98861-9597

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:

Assinalar 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 realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º 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.

Janeiro 10 de Julho de 11
Local e Data

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

Maria do Rosário de Fátima Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Versão: 27.11.2011

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: 06/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000018247-0

Nr. da Autenticação F288724BED581E25



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.007-000 - Tel: (86) 324.1234-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime especial de tributação instituído pela LEI nº 10.438/02

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1542890-7

NP da Nota Fiscal: 006659333

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	13/06/2018	236	177,37

MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES
R. PORTO BELO 2025 E-URBANO
CPF: 00064730727304
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 4.001.46.36.397200

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	1973	Atual:	06/06/2018
Anterior:	1737	Anterior:	07/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	09/07/2018
Consumo Medido:	236	Emprego:	05/06/2018
Consumo Faturado:	236	Apresentação:	06/06/2018

NORMAL

30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESID.BX.RENDA	MONO	A2044621		1.4.1.1	165

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	30 A R\$ 0,287121 = 8,61
MAR/18	290		70 A R\$ 0,492223 = 34,45
ABR/18	273		120 A R\$ 0,738327 = 88,59
MAR/18	212		15 A R\$ 0,820362 = 12,30
FEV/18	229		CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
JAN/18	421		DIFERENÇA DE TARIFA
DEZ/17	153		SUBVENCAO BAIXA RENDA
NOV/17	159		CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00
OUT/17	0		MULTA POR ATRASO 05/18-00
SET/17	0		JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00
AGO/17	0		ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,37
TARIFA SEM TENDENCIA			ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,72
PA	0		
3A	0		
10A	0		
22A	0		

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R\$
01/2018	336,46
10/2016	1.277,39

Informações importantes sobre o vencimento: O valor de R\$ 1.613,85, com acréscimos legais, deve ser pago até o dia 13/06/2018, sob pena de aplicação de multa e juros de mora. Para mais informações, consulte o site da Eletrobras Distribuição Piauí ou o atendimento ao cliente.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO B4DC.EA2B.1991.C33E.B2A3.9000.0233.4FA0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	38,54	Base de Cálculo:	197,35
Energia:	73,28	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	11,53	Valor do ICMS:	53,28
Encargos:	11,67	Valor do PIS:	1,61
Tributos:	62,33	Valor do COFINS:	7,44

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Índice de Continuidade	5,19	10,39	20,77	3,30	6,60	13,20	2,94
Índice de Continuidade	0,00			0,00			0,00
POTY						04/2018	59,93

J CORRETORES
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu CRISTIANO EMEKSON DE SOUSA
RG nº 1575.204 data de expedição 15/07/180
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 740.307.953-15, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
BRUNET PARRUE BRASILIA nº 2655
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARIANO ROCHA DE FONSECA cujo o condutor era
CRISTIANO EMEKSON DE SOUSA

Veículo: MOTO

Modelo: BRAS 160 NXR.

Ano: 2019

Placa: PIU 3308

Chassi: 9C2K01000 HRD32911

Data do Acidente: 23-02-2018

Local e Data: TERESINA PI, 29/06/2018

CRISTIANO EMEKSON DE SOUSA
Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
TITULAR - ANA LUIZ GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZAMIRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (2040) 3221-786 - E-mail: themismarto@cartoriothemasampaio.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: CRISTIANO EMEKSON DE SOUSA.
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 29/06/2018.
Esol: 13,71 Tlx: 0,74 Selo: 25 Total: 14,70 Selo: ABF-74769 (F590P646)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada

☐ Tabelião ☐ Escrevente autorizado

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Compromissada
Teresina - PI

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Judiciais

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABF-74769



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE: MAIA DO NASCIMENTO DE

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 469469

*Antônio
Gomes*

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3223 4872
TERESINA - UF: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

NEURO
amigo perol
SUS SUS
Ortopedia

Lept: 25/02/2018 01:04:40

Usuário: FARMILIO RICARDO

IPSecção: RECUPERAÇÃO

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES		Prontuário: 469036	
Mãe: ANTONIA LEONILTA MARIA DA CONCEICAO	Pai:		
End. Resid.: RUA RUA PORTO BRAS CS 2025 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64050-010			
Nascimento: 17/01/1974	Idade: 44a1m:7d	Sexo: FEMININO	Fone: 86-98852 9712
Responsável: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES		CNS:	
Profissão:		CPF: , , - * RG: 1507556 - PI	
G. Instrução: Fundamental - Incompleto		E. Civil: Concubinato	
End. Local: - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 652355	Data: 24/02/2018 00:57:21	Condução: AMBULANCIA DO SEM
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)		Convênio: S O S
id. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
CID Secundário: V299		

ADOS CLÍNICOS:

Pac. vítima de acidente motociclista há aproximadamente 1h no local de uso de esportes, refere hipotensão de membros inferiores. Não sabe referir perda de consciência. A: Vias aéreas patentes em uso de O2 via nasal e máscara rígida. B: MV+ sem RA, AC: BNF, 2/3, C: FC: 96, SatO2: 99%. D: ECG: IS, pupila isocórica, 4 reações. E: estrutura exposta em tornozelo expando. Referir dor em MIE

IMAGEM COMPUTADORIZADA

PA: x mmHg	EXAME: Pulso: <u>Crans</u>	FC: bpm	Temp: j
Diagnóstico Inicial:	DATA: 24 02 18 às 01:39	CID: 3 JUL 2018	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Solicito TC de crânio, Rx de tornozelo, pelve e bino.

RAIO-X REALIZADO

DATA 23 10 20 18

Técnico: S

ALTA:

- () Melhorado () Administrativa () Retornar a Unid. de gen: DR. João Gomes Siqueira
() Curado () Por Indisciplina () Transferência:
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido

DATA SAÍDA: / /

HORA: :

ÓBITO:

- () Até 24 hs () Família
() De 24 a 48 hs () TMJ
() Após 48 hs () Anat. Patol.

DESTINO:

() Internação na Unidade
Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1800 Redenção - Fone: 96 3229 4872

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

Imp: 24/02/2018 01:03:44

(MARCELO RICARDO)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES		Prontuário: 469036
Mãe: ANTONIA LEONILIA MARIA DA CONCEICAO		Pai:
End.Resid.: RUA RUA PORTO BELO CS 2025 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 17/01/1974	Idade: 44a:1m:7d	Sexo: Feminino Fone: 86-98852-9712
Responsável: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES		CNS:
Profissão:		Documento: CPF: . . .
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Concubinato
End.Local.: . . .		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 652355	Data: 24/02/2018 00:57:21	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**Data/Hora Solicitação:** 24/02/2018 04:20 **ESPECIALISTA:****MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**

CN: 10 CC

DADOS DO PARECER: **Data/Hora:** __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**Data/Hora Solicitação:** __/__/__:__ **ESPECIALISTA:****MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: **Data/Hora:** __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 54453

AIH: 2218100113724

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 398002950568191	NOME DO PACIENTE MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES	NASCIMENTO 17/01/1974	SEXO F	PRONTUÁRIO 469036
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8694425211	NOME DA MÃE ANTONIA LEONILDA MARIA DA CONCEICAO	RESPONSÁVEL MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES	
CEP	ENDEREÇO - LUGRADOURO			NUMERO / LOTE 48
BAIRRO PARQUE BRASIL II	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
FRATURA EXPOSTA NO TORNOMELO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

CID 10 SECUNDÁRIO **CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR TRIMALEOLAR DA FRATURALUXAÇÃO DO TORNOMELO

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARATER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
24/02/2018

FREDERICO ARAUJO LEITE
CPF: 87619433391

CRM:

DATA ADMISSÃO
24/02/2018 01:03

DATA ALTA
02/03/2018 15:41

MOTIVO ALTA
PERMANENCIA POR MUDANCA DE PROCEDIMENTO

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(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA

ERICA PATRICIA CHAVES
CPF: 39673341309

CRM:

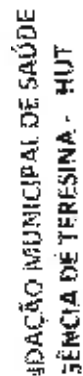
DATA ANÁLISE: 26-02-2018 04:52:02

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



DE TAI DE

PRESCRIÇÃO ALBICA

[illegible]

[Signature]

ENVIRONMENT

13 JUL 28:2

CORRECTORA
DE SEGUROS



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome do Paciente: Renato da Costa

DATA/HORA
CÓDIGO

PRONTUÁRIO

CLÍNICA
Ortopédica

ENF. OU AP
LEITO
937

MÉDICO ASSISTENTE

955

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Fora de prescrição

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

12h admitido na clínica
ortopédica em 103 de
bat. de tornzele.
Consiente, orientado
física, eufórica.
Nega alergia medi-
camentosa e hipertensão.
Não lembra o nome
da medicação de
uso contínuo.
Sem queixas

1 2 3 4 5 6 7 8 9

1

DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO 100%

2 SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA

3 RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H

4 CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H

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

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

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

8 CURATIVO

9 PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dr. Carlos Chagas de Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.345

PA = 160/120

Captação 28/7 - 140/52

Consentido - 120 52

3 JUL 2016



Dr. Carlos Chagas de Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.345

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Maria do Rocio de F. Gomes IDADE 44 anos DATA 24/02/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 09 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA LAC CIRURGIÃO CHAGAS

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>109 x 60</u>	<u>110 x 63</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>75</u>	<u>82</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>92</u>	<u>96</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA		

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem tosse	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	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 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"/>	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"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>09</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	<u>neu</u>		<u>neu</u>

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
09:25 - Paciente chega na RPA no FOL de fixação externa de tornozelo "E", consciente, respiração espontânea, hemodinamicamente estável, em HU, sem queixas. Não

Mônica Tais & Dorcas
 ENFERMEIRA
 COREN-PI 167453

RAIO-X REALIZADO
 DATA 24/02/2018
 Técnico: dm

PRESCRIÇÃO MÉDICA ALTA SRPA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO (X) IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED (X) ORT () NEU () CIR () MÉD



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



DE L'UNIVERSITÉ
DE TERESINA

Ortop
CLINICA

[illegible]

MEDICOVERM:

Mod: 007

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 56280
AIII: 2218100116892

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS B9R002950568191	NOME DO PACIENTE MARIA DO ROSÁRIO DE FÁTIMA GOMES	NASCIMENTO 17/01/1974	SEXO F	PRONTUÁRIO 469036
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 869442511	NOME DA MÃE ANTÔNIA LEONIL DA MARIA DA CONCEIÇÃO	RESPONSÁVEL MARIA DO ROSÁRIO DE FÁTIMA GOMES	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE 48	
BAIRRO PARQUE BRASIL II	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
FRATURA EXPOSTA NO TORNOSSELO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL 5823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
-----------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408052497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR (TRIMALEOLAR DA FRATURALUXAÇÃO DO TORNOSSELO)

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO (Nº DO CONSELHO))

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
02/03/2018

FREDERICO ARAÚJO LEITE
CPF: 87639432301

CRM:

DATA ADMISSÃO
02/03/2018 15:41

DATA ALTA
03/03/2018 10:55

MOTIVO 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 (Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA
CPF: 07959400163

CRM:

DATA ANÁLISE: 02/03/2018 16:42:07

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DL CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02 / 03 / 18

NOME DO PACIENTE: Alma do Rosário de Sá Gomes PRONTUÁRIO Nº: 463036
DIAGNÓSTICO: Yolo Puleo Belo CIRÚRGIA:
ANESTESIA: Raque Nº DA SALA: 09
CIRURGIÃO: Dr. Ricardo CPF Nº:
AUXILIAR: Dr. Ricardo Valença CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Adriano CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Vanessa CPF Nº:

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11305

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 8,5 / 7,5	PAR	01/02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7,0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	—	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	—	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	—	
GASES	PAC.	—		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		Escalpos — 03 unid.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG		—		Eletrodos — 05 unid.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—		Oreção — 02 unid.			
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—		Clonex degumante — 30ml			
ALCOFIL		—		Clonex alcoólica — 100ml			
MONONYLON	2.0	04		Óleo de girassol — 20ml			
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL	0	02		CIRCULANTE: <u>Sano</u>			
PROLENE		—					

mononylon 3.0 01



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador

Anestesiologista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico pré-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)

Apresenta-se com dor no
artelho lateral do pé
devido a trauma e presença
de uma lesão na região
da articulação do tornozelo
e do pé. Foi realizada a
artroscopia do tornozelo
e do pé.

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3765 - TEOT: 11305



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA DE TERESINA - HRT

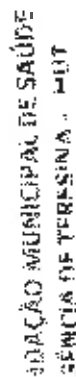
HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRESCRIÇÃO MÉDICA	IDADE	CLÍNICA	237	255	MEDICO ASSISTENTE
MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES			44	Ortopédica			
DATA/HORA CÓDIGO	OBSERVAÇÕES						
DI: 24/02/2018	10:55' Alto a exame						
03/03/18	mudico						
1	Dieta oral hipossódica						
2	Gelco salinizado						
3	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN						
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
5	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs						
6	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
7	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
8	losartana 50mg 2comp VO 1xdia						
9	Hidroclorotiazida 25 mg 01 comp VO 1xdia						
10	oleo mineral 10ml VO 8/8h						
11	simeticona 50gts VO 6/6hs						
12	Cuidados gerais e sinais vitais						
Dr. Gerônimo de Fátima / Dr. Paulo H. L. Nogueira Filho / Ortopedia / Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / CRM 35457-0025 / CRM 192008 / CRM 3766-TEC/11003 / CRM 3367							

Assinatura do Médico Assistente

Assinatura do Médico Assistente



FOIA b 7

PRESCRIÇÃO MÉDICA

2-4-2017

[illegible]

Dr. Ricardo Valenzuela
Ortopedia - Traumatología
-Tél.- 3766 - TEGE-77305

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

DATA 09/03/2018

NOME Marcos do Reserio de Paula IDADE 69 anos
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 16 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIÃO Barbosa

HORÁRIO 17:20

SAÍDA

SINAIS VITAIS

ADMISSÃO

102 X 68

139/70

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

78

74

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

97%

97%

SATURAÇÃO DE O₂ (%)

TEMPERATURA AXILAR (°C)

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

NOME/MATRÍCULA

ÍNDICE DE ALDRETEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

Movimenta dois membros

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

RESPIRAÇÃO

Apresenta dispnéia ou limitação da respiração

Tent apnéia

PA em 20% do nível pré-anestésico

PA em 20-49% do nível anestésico

PA em 50% do nível pré-anestésico

CULUÇÃO

CONSCIÊNCIA

Desperta, se solicitado

Não responde

SATURAÇÃO O₂

É capaz de manter saturação de O₂ maior de 92% respirando em ar ambiente

Necessita de O₂ para manter saturação maior que 90%

Apresenta saturação de O₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O₂

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL

ASS.

ICOSTOMIA

SONDA () NASOG () NASOE

() Sonda Vesical

() Dreno de Sucção

() Dreno Torácico

() DVE

UÇÃO DE ENFERMAGEM:

16:20 - Paciente admitido na SRPA em POI de fratura de tórax (E) sob efeito de raquianestesia. Consciente, orientada, já em curso. RRV estáveis.

CRISTIANE FIDELIS DE MELLO FERREIRA
 COREN - PI 149441
 ENFERMEIRA

RAIO-X REALIZADO

DATA 2/3/2018

Técnico Amir

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO (X) IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI. () PED () NEURO () GERAL () A () QUEIM. CLÍNICA: () PED () MORT () NEU () CIR ()

2371255



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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Leandro de Oliveira de Castro</u>		PRONTUÁRIO <u>737/255</u>
DA CLÍNICA <u>GOV. J. V. A.</u>		LEITO <u>737/255</u>
À CLÍNICA <u>AT. N. 10</u>		
MOTIVO DA CONSULTA <u>Assunto no posto controle</u>		
DATA <u>25.04.2014</u> <div style="text-align: right;">Divalter N. de A. Ortopedia-Traumatologia CRM 13554-PA 3636-PA ASS. MÉDICO CONSULTANTE</div>		
PARECER <u>Regular estado geral, eupneico, atele</u> <u>Consciente, orientado</u> <u>A.C.: Ritmo regular 2+5/sopro</u> <u>E.C.G.: normal</u> <u>Wt: 61,6</u> <u>Reflex: HAS</u> <u>Nega: DM2 / IC / IAM / AVC</u> <u>Conclusão: Risco baixo pelo</u> <u>algoritmo de Lee</u>		

DATA 25.04.14

Thalys T. R. de A.
Cardiologista
CRM / PI 3480

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/02/2018

NOME DO PACIENTE: Maria do Rosário de F. Gomes	PRONTUÁRIO Nº: 469036
DIAGNÓSTICO: Amiotomia de Langsdorff	CIRURGIA: Amiotomia de Langsdorff
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 1002
CIRURGIÃO: Dr. [Assinatura]	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Selene	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 715	PAR		
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 810	PAR		
AGULHA RAQUE 25	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR		
ALCOOL 70%	ML	100		PVP DE GERMANTE CLOREXIDINA	150		
ALGODÃO	BOLA	-		PVP TÓPICO CLOREXIDINA	150		
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Ata duro de crepon - 15m - 01			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Viana			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sufuras, Drenagem, Fechamento)

Atender o paciente
ligadura
corte
Atender o paciente
corte de ligadura
ligadura
ligadura

Atender o paciente
ligadura
corte
ligadura
ligadura

Atender o paciente
ligadura
corte
ligadura
ligadura

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. O. L. Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3210 5445

TERESINA-PI CEP: 64017 770 CNPJ: 05.523.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES** (Prontuário: 469036)
Endereço: RUARUA PORTO BELO CS 2025 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/01/1974 Idade: 44a2m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 652355
Requisição: 817024 Solicitação: 24/02/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1011592 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 24/02/2018

TORNOZELO ESQUERDO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura fragmentada recente desalinhada na fíbula distal.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 14/04/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Handwritten signature and stamp of Carlos Augusto Moura Fe, CRM PI 1341, dated 14/04/2018.



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES (Prontuário: 469036)				
Endereço:	RUARUA PORTO BELO CS 2025 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010				
Nascimento:	17/01/1974	Idade:	44a2m28d	Sexo:	Feminino
				Origem:	URGÊNCIA/EMERG
				Atendimento:	652355
Requisição:	817026	Solicitação:	24/02/2018	Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA	
Controle:	1011593	Convênio:	S U S		

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exam: 24/02/2018

PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfíl. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura fragmentada recente desalinhada na fíbula distal. Aumento de volume de partes moles.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 14/04/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Professional Responsible

Handwritten signature: *[Signature]*



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES

Data do exame: 04/05/2018

Id Paciente: 385774

Data do laudo: 18-05-2018

Raio X de Tornozelo Esquerdo

Osteossíntese com placa, parafusos e Fios metálicos nos malleolos lateral e Medial, bem como na região metafisária distal da fíbula, sem sinais de soltura de seus componentes.

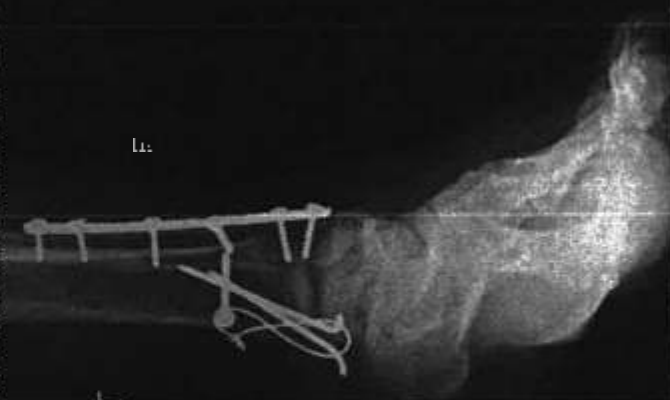
Dr. Alexandre Monteiro
Médico Radiologista
CRM-PI: 3678

MARIA, DO ROSARIO HUNTAAGHOSPITALAR DE TERESINA MARIA, DO ROSARIO HUNTAAGHOSPITALAR DE TERESINA
044Y F 385774 04/05/2018 044Y F 385774 04/05/2018
Nasc: 17/01/1974 12:23:53 Nasc: 17/01/1974 12:23:53
ART TIBIOTARCICA,FRN ART TIBIOTARCICA,LAT
LOW EXM LOW EXM
Im: 1 / 4 Im: 2 / 4
2964 X 2364 2964 X 2364



W: 1023 L: 511 31.91% W: 1023 L: 511 31.91%

MARIA, DO ROSARIO HUNTAAGHOSPITALAR DE TERESINA MARIA, DO ROSARIO HUNTAAGHOSPITALAR DE TERESINA
044Y F 385774 04/05/2018 044Y F 385774 04/05/2018
Nasc: 17/01/1974 12:23:53 Nasc: 17/01/1974 12:23:53
ART TIBIOTARCICA,LAT ART TIBIOTARCICA,LAT
LOW EXM LOW EXM
Im: 3 / 4 Im: 4 / 4
2370 X 1770 2370 X 1770



W: 1023 L: 511 40.07% W: 1023 L: 511 40.07%

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

REGISTRO
1.507.556
DATA DE
EXPOSICAO
03.06.94

NOME
MARIA DO ROSARIO DE FATIMA LOMES

ALICACAO
Antonia Leonilia Maria de Conceicao

Porto.PI
NASC.13.099.11v.31.fls.16.v.Exp.
Porto.PI.16.08.93

17.Jan.1974
DATA DE NASCIMENTO

maria do Rosario de fatima lomes



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
647.307.273-04

Nome
MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES

Nascimento
17/01/1974

CÓDIGO DE CONTROLE
E83C.637C.8758.5D14



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 12:08:15 do dia 20/08/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA maria do Rosário da Fatima Gomes
DATA DO ACIDENTE 23-02-2018 CPF DA VÍTIMA 547.307-273-04
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO maria do Rosário da Fatima Gomes
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VI VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É maria do Rosário da Fatima Gomes
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Paulo Bello
Nº 925 COMPLEMENTO Casa BAIRRO URBANO
CIDADE Assisima UF P CEP 64000000
E-MAIL TELEFONE 26198861-9597

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
() BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13-07-19
IDENTIDADE 1.507.556
ASSINATURA maria do Rosário da Fatima Gomes

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA NA SEGURADORA DE SEGUROS

DATA 13 JUL 2018
NOME [Assinatura]
ASSINATURA [Assinatura]

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321681 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA BIMALEOLAR TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA,PARAFUSO E FIOS) E ALTA HOSPITALAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321681 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA BIMALEOLAR TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA,PARAFUSO E FIOS) E ALTA HOSPITALAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO D EMOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321681 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL INTENSO NO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS NA FIBULA E COM FIOS DE KIRSCHNER E FIOS METALICOS NA TIBIA ESQUERDA. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA. SINISTRADA EVOLUIU COM AUMENTO DE VOLUME (++/4+) E RETRAÇÃO CICATRICIAL EM TOPOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO E COM RESTRIÇÃO ACENTUADA DA DORSO / FLEXAO E DA FLEXAO PLANTAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/08/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321681 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL INTENSO NO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS NA FIBULA E COM FIOS DE KIRSCHNER E FIOS METALICOS NA TIBIA ESQUERDA. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA. SINISTRADA EVOLUIU COM AUMENTO DE VOLUME (++/4+) E RETRAÇÃO CICATRICIAL EM TOPOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO E COM RESTRIÇÃO ACENTUADA DA DORSO / FLEXAO E DA FLEXAO PLANTAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/08/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES**

Nº Sinistro: **3180321681**

Vitima: **MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES**

Data do Acidente: **23/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180321681**.

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 13106470



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES**

Sinistro: **3180321681**

Vítima: **MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES**

Data do Acidente: **23/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180321681** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



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

Sinistro: **3180321681**
Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PORTO BELO nº 2025 - CENTRO - TERESINA/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1507556 - SSP**
Data e local do acidente: **23/02/2018 TERESINA/PI**
Data e local do exame: **01/08/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS NA FIBULA E COM FIOS DE KIRSCHNER E FIOS METALICOS NA TIBIA ESQUERDA. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.

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

SINISTRADA EVOLUIU COM AUMENTO DE VOLUME (++)/4+ E RETRAÇÃO CICATRICIAL EM TOPOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO E COM RESTRIÇÃO ACENTUADA DA DORSO / FLEXÃO E DA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL INTENSO NO TORNOZELO ESQUERDO.

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **TORNOZELO ESQUERDO.**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 50570

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 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 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 ASL	CPF da Vítima 647.307-273-04	Nome completo da vítima Maria do Rosário de Fátima Gomes
---------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria do Rosário de Fátima Gomes		CPF titular da conta 647.307-273-04	Profissão Recluso
Endereço Rua Paulo Belo		Número 2025	Complemento Casa
Bairro URBANO	Cidade TERESINA	Estado PI	CEP 64.000-000
E-mail		Telefone (DDD) 86-98861-9597	

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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 3828 (Informar dígito se existir)		D/V 00013247 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL		NRO. 00013247	
AGÊNCIA NRO. 3828 (Informar dígito se existir)		D/V 00013247 (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. 3828 (Informar dígito se existir)		D/V 00013247 (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, 10 de **Julho** de **2018**
Local e Data

Maria do Rosário de Fátima Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FJ CORRETORA DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000348/2018-97

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 05/07/2018 - 14:22

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA DO POSTO DE SAÚDE ANTONIO NORONHA FILHO, Nº:

Complemento

Data/Hora

23/02/2018 - 23:30

Bairro

PARQUE BRASIL

Ponto de Referência

POSTO DE SAÚDE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CRISTIANO EMEKSON DE SOUSA

RG: 1575207 SSP/PI

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE SOUSA

Endereço: RUA BRUNEL 2655 PARQUE BRASIL III, Nº

Bairro: PARQUE BRASIL

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES

RG: 1507556 15075 PI

Mãe: ANTONIA LEONILIA MARIA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RUA PORTO FELIZ, Nº 172

Complemento: ZONA NORTE DE TERESINA

Bairro: SANTA MARIA DA CODIPI

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA RUA DO PARQUE BRASIL II, CONDUZINDO A MOTO HONDA/NXR 160 BROS, COR BRANCA, ANO 2017, PLACA, PIJ-3308, RENAVAM 01133571880 DE SUA PROPRIEDADE, TENDO COMO PASSAGEIRA NA GARUPA DA MOTO A SENHORA MARIA DO ROSÁRIO DE FÁTIMA GOMES, ACIMA QUALIFICADA, E NAS PROXIMIDADES DO POSTO DE SAÚDE Dr. ANTÔNIO DE NORONHA FILHO, O CONDUTOR DE UMA MOTO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS, QUE SEGUIAM EM UMA RUA PERPENDICULAR, INVADIRAM A VIA, COLIDINDO COM A MOTO CONDUZIDA PELO NOTICIANTE, FICANDO A SENHORA MARIA DO ROSÁRIO LESIONADA SEGUNDO PRONTUÁRIO Nº 469036 DO HUT, PARA ONDE A FOI LEVADA APÓS SER SOCORRIDA PELO SAMU. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

CRISTIANO EMEKSON DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000348/2018-97

Delegado de Polícia

