

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111020 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS METÁLICOS). ALTA MÉDICA. PÁG 4/7/10/11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: SEQUELA EM SEGMENTO JÁ INDENIZADO, EM SINISTRO ANTERIOR 3190195959 EM GRAU - INTENSO. O COMPLEMENTO APÓS ANÁLISE PARA O SINISTRO ATUAL É DE - 10 % PARA A QUANTIFICAÇÃO EM GRAU RESIDUAL.
"

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

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: 23/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.220,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000072903-8

Nr. da Autenticação 3B3690C8DDB32AAB

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111020

Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111020

Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.220,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 23.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (23.5% de 70%) 16,45%

Valor a indenizar: 16,45% x 13.500,00 = R\$ 2.220,75

Recebedor: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Valor: R\$ 2.220,75

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000072903-8

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 667.963.853-49 4 - Nome completo da vítima: Antonio Domingos Rodrigues Galvão

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

5 - Nome completo: Antonio Domingos Rodrigues Galvão 6 - CPF: 667.963.853-49
7 - Profissão: metalaxista 8 - Endereço: R. Monteiro Lobato 9 - Número: 1146 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: São Joaquim 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64004-215
15 - E-mail: eduanseguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 72903 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 06/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



6277 8012 5959 9177

ANTONIO DOMINGOS R GALVAO

1989 013 00072903-8 08/21

elo



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003236/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/01/2020 09:22 Data/Hora Fim: 31/01/2020 09:32
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 06/12/2019 07:15

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: São Joaquim
Logradouro: av. boa esperança

Ponto de Referência: 9º batalhão
Tipo do Local: Via Pública



Meio(s) Empregado(s)	
Natureza	Veículo
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 24/04/1983 Idade: 36 anos
Naturalidade: PI - Piracuruca Profissão: Autônomo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES GALVAO Nome do Pai: LUIZ PEREIRA GALVAO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 667.963.853-49
RG - Carteira de Identidade: 4362708

Endereço

Município: Teresina - PI Nº: 87
Logradouro: RUA MONTEIRO LOBATO CEP: 64.005-300
Bairro: SAO JOAQUIM

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição motocicleta	CPF/CNPJ do Proprietário 667.963.853-49
Placa PIF5491	Renavam 01038940890
Número do Motor KC16E5F014932	Número do Chassi 9C2KC1650FR014932
Ano/Modelo Fabricação 2015/2015	Cor AMARELA
UF Veículo Piauí	Município Veículo Teresina



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003236/2020

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 31/07/2017

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, DE PLACA PIF-5491, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM VEICULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO CONDUTOR DO VEICULO ENVOLVIDO E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 307300). TESTEMUNHA: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA LIRA, RUA MONTEIRO LOBATO, 1162-PQ. ALVORADA. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

ASSINATURAS

Claudio Costa de Sousa

Agente de Polícia

Matrícula 1085166

Responsável pelo Atendimento

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 667.963.853-49 4 - Nome completo da vítima: Antonio Domingos Rodrigues Galvão

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

5 - Nome completo: Antonio Domingos Rodrigues Galvão 6 - CPF: 667.963.853-49
7 - Profissão: metalaxista 8 - Endereço: R. Monteiro Lebrato 9 - Número: 1146 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: São Joaquim 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64004-215
15 - E-mail: eduanseguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 72903 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 06/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA - OK
SMM

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 06/12/2019 09:13:52
User: MOISES SA
(Estação: CONSULPA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Prontuário: 307300

Mãe: FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO

Pai: LUIZ PEREIRA GALVAO

End.Resid.: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Nascimento: 24/04/1983 Idade: 36a7m12d

Sexo: Masculino Fone: 86-94738-771

Responsável: MARIA DA CONCEICAO

CNS: 898004147720732

Profissão: MOTOTAXISTA

Documento: RG: 39521768 - SSP

G. Instrução: Não informado

E.Civil: União Estável

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 755313

Entrada: 06/12/2019 07:43:00

Convênio: S U S

Proced: 0301060029

Motivo da Procura
Conforme Paciente/Acomp: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

Cor:

Indefinido

Breve História Clas. Risco:

SSVV:

(Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg

Altura: 0,00 M

IMC: 0,00 Kg/m2

Pulso:

bmp

Pressão:

mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-CARRO), HÁ 1 HORA, TRAZIDO PELO SAMU, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR EM JOELHO DIREITO

A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, AUSÊNCIA DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO

NEGA DOR TORACICA.SAT 02:99%.

C)AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL. FC 115BPM.

D)GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE. AUSÊNCIA DE DEFICITS MOTORES E SENSITIVOS

E) JOELHO DIREITO EDEMACIADO

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

(1378874) - JOELHO DIREITO

Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: / /

HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável
Mário da Conceição da Silva

MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ
CRM 6780 PI Em: 06/12/2019 08:13:51

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 05.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 032761340

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	21/01/2020	61	32,63

ODETE DE OLIVEIRA LIRA
R. MONTEIRO LOBATO 87 1146 SAO JOAQUIM
CPF: 00016060776353
CEP: 64.004-215 - TERESINA

ROT: 10.001.33.20.033700

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	3383	Atual:	15/01/2020
Anterior:	3322	Anterior:	13/12/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	13/02/2020
Consumo Medido:	61	Emissão:	13/01/2020
Consumo Faturado:	61	Apresentação:	15/01/2020
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	33
Código de Irregularidade:	FCAM		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A1697354		1.4.1.1	63

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
DEZ/19	63	CONSUMO	30 A R\$ 0,281264 = 8,43
NOV/19	69		31 A R\$ 0,482153 = 14,94
OUT/19	96	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,10
SET/19	96	DIFERENÇA DE TARIFA	25,64
AGO/19	28	SUBVENCAO BAIXA RENDA	19,20
JUL/19	68	CORRECAO MONETARIA IG 12/19-00	0,02
JUN/19	66	MULTA POR ATRASO DE I 12/19-00	0,04
MAI/19	67	MULTA POR ATRASO 12/19-00	0,63
ABR/19	11	JUROS POR ATRASO 12/19-00	0,03
MAR/19	67	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,37
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 30	- 0,210560		
31 A 61	- 0,356950		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 13/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 438C.5E60.FC12.A6BC.97A3.55CC.E3E2.501C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	10,75	Base de Cálculo:	49,01
Energia:	20,74	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	3,50	Valor de ICMS:	10,78
Encargos:	1,71	Valor do PIS:	0,27
Tributos:	12,31	Valor do COFINS:	1,26

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DCE		FIC		DMC	
Anual	Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal

MATRICULA 13302825-9 FATURA Nº 150385555
MÊS/ANO 2/2020

ENDEREÇO
MORADOR NELLE ROZE SOARES MARQUES
RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 544-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00041-005250 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A10X133657

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA	
MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	1 Comercial - Normal	
01/2020	Mínimo	00	10		
02/2019	Lido	02	10		
11/2019	Lido	01	10		
08/2019	Medida	00	10		
09/2019	Lido	01	10		
08/2019	Lido	03	10		

CONSUMO MÊS M3 10
LEI 12.741/2012
PIS. PASEP 15,61 x 1,65% = 1,90
COFINS 115,61 x 7,60% = 8,78

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,92 > Comercial-Normal 10,0 m3	62,92
	VALOR DE ESGOTO - 50,33 > Comercial-Normal 10,0 m3	50,33
	JUROS POR ATRASO 001/001	0,04
	MULTA POR ATRASO 001/001	2,32

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
10 25 9,3870 80
DE 999999 11,1330 80
VENCIMENTO 14/02/2020 TOTAL A PAGAR 115,61

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
A VIOLAÇÃO DO CORTE / AUTO RELIGAÇÃO PELO CONSUMIDOR E PASSÍVEL DE
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

Características físicas e químicas da água distribuída (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3003	2991	12	1,42	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	3336	3285	51	4,59	Inferior a 15
PH	2415	2376	39	6,76	6,00-9,50
TURBIDEZ	3336	3282	54	1,23	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1184	1184	0	Ausente	Ausente
	1184	1184	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 03/02/2020 HORA DA EMISSÃO: 10:27

MATRICULA 13302825-9 FATURA Nº 150385555
MÊS/ANO 2/2020

VENCIMENTO 14/02/2020 VALOR A PAGAR 115,61

82650000001-1 15611535000-1 00202015038-5 55550100104-7



Da na conta

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF**.

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Domingues Rodrigues inscrito
no CPF sob o Nº 667.963.853/49 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Antonio Domingues Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 667.963.853/49 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:

X

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 24 De Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>(86) 99534-6565</u>	

Teresina, 06 de Março de 2020
Local e Data

X Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 307300

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. Oito Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3.118 5445

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 80176 - Em: (06/12/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
755313	307300	ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO	24/04/1983	SALA VERDE			MOISES FRANCO AMORIM VIEIRA DE SA				
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:									
Hora:		Alergias:									
Seq.:		Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horário:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta		ORAL Tipo ORAL ZERO,								8:15.	
1		DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. FAZER AGORA		1,00	Ampola	EV	SN	ACM	AD		

Moises Franco Amorim Vieira de Sa
Médico Assistente

Luiz Carlos Pereira Coutinho
Matrícula: 69004
SAME - HUT
Confere com Original

Luiz Carlos Pereira Coutinho



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

269119

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

253305

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

6 - #cartão: 307300

RG: 898004147720732

8-Nascimento: 24/04/1983

9-Sexo: Masculino

RG: 39521768 - SSP

Mãe: FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO

12-Fone: 86-94738-771

Pai: MARIA DA CONCEICAO

14-Cor: Parda

End: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-010

Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos:

TRAUMA EM JOELHO DIREITO

FRATURA DE CONDILO FEMURAL LATERAL

FRATURA DE PLANALTO TIBIAL CONSOLIDADA PREVIA

Condições que justificam a internação:

NECESSITA TRATAMENTO CIRURGICO

Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do fêmur

24-CID Prim:

S724

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050586

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CÔNDILOS DO FÊMUR

Minica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

746.635.933-72

Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

06/12/2019

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

35-Ass. Carimbo Med. Sci. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

Acidente de Trânsito

Acidente Trabalho Típico

Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No. Bilhete:

43-CNAE Empresa:

41-Série:

44-CBOR:

Vínculo com a Previdência:

Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

Documento:

49-Num. Documento:

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (LAO TSE)

Consulta Local: 755313

Consulta SUS:

Impressão: 06/12/2019 09:15:38

Maria da Conceição da Silva Lima



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



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Fis Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/12/2010

NOME DO PACIENTE: Antonio Damasceno R. G. G.	PRONTUÁRIO Nº. 307300
DIAGNÓSTICO: Dr. Jamerson M. de Lemos Jr. Ortopedia / Traumatologia	CIRURGIA:
ANESTESIA: Dr. Adriano Cir. Quadrit	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Jamerson	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Raquel	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Leandro	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	200	
AGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRC-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	00		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		eletooth	uma	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: Ines			
PROLENO							

Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Quadrit
TEOT: 11094



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	253305

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO			3 - Prontuário:	307300
1-CNS:	898004147720732	8-Nascimento:	24/04/1983	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO	12-Fone:	06-94738-771	14-Fone:	85-94738-771
13-Resp:	MARIA DA CONCEICAO	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI
Endere:	RUA MONTEIRO LORATO 87 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-010	19-CEP:	64000-010		
1-Munic:	TERESINA				

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

11-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:			
0408050586		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CÔNDILOS DO FÊMUR			
12-Cod.Proced.Especial		32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Solicitada:	
0702030040		ARRUELA LISA		1	
Fornecedor da OPM: PIMMES					
Profissional Responsável:			40-Tp. Documento:		
TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA			CPF		
41-Data Solicitação:			40-N5.Doc. Méd. Solic.:		
09/12/2019			746.635.933-72		
41-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)					

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura do fêmur Distal

AUTORIZAÇÃO

14-Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
	/ /	
15-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
16-Nome do Profissional/parecer controle avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	/ /	
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(KARLA BATISTA)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	253305

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO	6 - Transfusão:	207300
7-CNS:	898004147720732	8-Nascimento:	24/04/1983
9-Sexo:	Masculino	CPF:	-
11-Mãe:	FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO	12-Fone:	86-94738-771
13-Resp:	MARIA DA CONCEICAO	14-Fone:	86-94738-771
15-Ende:	RUA MONTEIRO LORATO 87 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-010		
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100
		18-UF:	PI
		19-CEP:	64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:
0408050586	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CÔNDILOS DO FÊMUR
32 - Descrição do Procedimento Especial:	Quant. Solicitada.
0702030732	1
Fornecedor da OPM: PIMES	

33-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento:	Dr. Jamerson M. de Lemos Jr. Ortopedia / Traumatologia Cir. Quadril CRM: 38777 41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
D TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	CPF	
34-Data Solicitação:	40-No.Doc. Méd. Solic.:	
09/12/2019	746.635.933-72	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fract fêmur distal

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
	/ /	
49-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	/ /	
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(KARLA BATISTA)



PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltd
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESE
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222 4458
CEP: 64000-300 • Teresina - Piauí
C.N.P.J (ME) 07475148/0001-21

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Antonio Domingos Rodrigues Goleão
Nº AIH: 253305
Nº do Pror tuário: 307300 Data da Internação: 1/1/1
Procedimento Médico Realizado: 0408090586
Indicador de Compatibilidade: 0702030040/0702030032
MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Jamerson
CRM Nº CPF Nº
DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 09/12/19 DATA DA ALTA: 1/1/1

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
<u>040</u>	<u>01 parafuso espongoso R32 m= 75</u> <u>01 archeda lisa</u>

Este documento é propriedade da
Matrícula: 65004
SAME - RUT
Código de Controle: 11094

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado

Teresina 09 de dezembro de 2019
Nome do Hospital: HUT Teresina
C.N.P.J:
Assinatura:
Cargo:
Nome:

Dr. Jamerson
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 32.6
TEP: 11094



Uma requisição incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO
 Nome da Mãe: FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO
 Sexo: Masculino Data de Nascimento: 24/04/1983 Idade: 36 Peso: 65
 Prontuário: 307300 Cartão SUS: 898004147720732
 Diagnóstico: Fratura da extremidade distal do fêmur
 Indicação de Transfusão: cirurgia de grande porte
 Localização: posto 2

EXAMES LABORATORIAIS QUE JUSTIFIQUEM A TRANSFUÇÃO: (SE DISPONÍVEIS)

Ht: 44.8% Plaquetas: 216000 TAP: seg. % INR:
 TTPA: seg. Reação(TTPA): Fibrinogênio: mg/dl.
 Observações: mg/dl.

HISTÓRICO DE TRANSFUÇÕES

Transfusões Prévias: Não Tipo de Hemocomponente:
 Reação Transfusional Prévia: Tipo de Reação:
 Antecedentes Gestacionais: Gesta: Para: Aborto:

TIPO DE HEMOCOMPONENTE HEMODERIVADO

Concentração de Hemácias (C.H.): Quantidade: 01 unidade(s)

O médico do serviço de hemoterapia pode suspender uma transfusão, quando considerá-la desnecessário.

Portaria 158, de 04 de fevereiro de 2016 - MS

PO DE TRANSFUÇÃO

De urgência (dentro de 3 horas)

JOSE FERREIRA NETO
 CRM: 13538
 Pediatra

Data: 09/12/2019 06:40:11

JOSE FERREIRA NETO

Assinatura e Carimbo do Médico Responsável

ATENÇÃO: SE HORÁRIOS DIFERENTES, PREENCHER UM PEDIDO PARA CADA HORÁRIO.

TRANSFUÇÃO DE EMERGÊNCIA

Art. 171. Na hipótese de transfusão de urgência ou emergência, a liberação do sangue total ou concentrado de hemácia antes do término dos testes pré-transfusionais pode ser feita, desde que obedecidas as seguintes condições:

I - O quadro clínico do paciente justifique a emergência, isto é, quando o retardo no início da transfusão coloque em risco a vida do paciente;

II - O quadro clínico do paciente justifique a emergência, estipulado a modo como esta liberação será realizada;

III - Termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afixe expressamente o conhecimento de risco e concorde com o procedimento;

IV - As provas pré-transfusionais devem ser finalizadas, mesmo que a transfusão já tenha sido completada.

§ 3º Se não houver amostra do paciente no serviço de hemodinâmica, esta deve ser colhida assim que possível.

§ 6º As amostras deste paciente sejam colhidas antes da transfusão ou pelo menos da administração de grande quantidade de hemocomponentes, pois isto pode comprometer o resultado dos testes pré-transfusionais.

Texto retirado da Portaria 158 de 04 de fevereiro de 2016

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetido o (a) paciente acima referido que se encontra sob minha responsabilidade médica.

☐ Concordo em aceitar o(s) concentrado(s) de hemácia(s) sem prova de compatibilidade pela emergência do paciente.

☐ Existe grau de incompatibilidade evidenciado nas provas transfusionais realizadas.

JOSE FERREIRA NETO

ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO

JOSE FERREIRA NETO

ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO

Uma prescrição incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO
 Nome da Mãe: FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO
 Sexo: Masculino Data de Nascimento: 24/04/1983 Idade: 36 Peso: 65
 Prontuário: 307300 Cartão SUS: 896004147720732
 Diagnóstico: Fratura da extremidade distal do fêmur
 Indicação de Transfusão: cirurgia de grande porte
 Localização: osso 2

EXAMES LABORATORIAIS QUE JUSTIFIQUEM A TRANSFUSÃO: (SE DISPONÍVEIS)

Ht: 44.8% Plaquetas: 216000 TAP: seg. % INR:
 TTPA: seg. Reação(TTPA): Fibrinogênio: mg/dl.
 Observações: mg/dl.

HISTÓRICO DE TRANSFUSÕES

Transfusões Prévias: Não Tipo de Hemocomponente:
 Reação Transfusional Prévia: Tipo de Reação:
 Antecedentes Gestacionais: Gestação: Para: Aborto:

TIPO DE HEMOCOMPONENTE HEMODERIVADO

Concentração de Hemácias (C.H.): Quantidade: 01 unidade(s)

O médico do serviço de hemoterapia pode suspender uma transfusão, quando considerá-la desnecessário.

Portaria 158, de 04 de fevereiro de 2016 - MS

TIPO DE TRANSFUSÃO

De urgência (dentro de 3 horas)

Jose Ferreira Neto
 CRM: 1058
 Pediatra
 Data: 09/12/2019 06:40:11

JOSE FERREIRA NETO

Assinatura e Carimbo do Médico Responsável

ATENÇÃO: SE HORÁRIOS DIFERENTES, PREENCHER UM PEDIDO PARA CADA HORÁRIO.

TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

1. Na hipótese de transfusão de urgência ou emergência, a liberação do sangue total ou concentrado de hemácia antes do término dos testes pré-transfusionais pode ser feita, desde que obedecidas as seguintes condições:

- I - O quadro clínico do paciente justifique a emergência, isto é, quando o retardo no início da transfusão coloque em risco a vida do paciente;
 - II - O quadro clínico do paciente justifique a emergência, estipulado a modo como esta liberação será realizada;
 - III - Termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente o conhecimento do risco e concorde com o procedimento;
 - IV - As provas pré-transfusionais devem ser finalizadas, mesmo que a transfusão já tenha sido completada.
- § 3º Se não houver amostra do paciente no serviço de hemodinâmica, esta deve ser colhida assim que possível.
- § 6º As amostras deste paciente sejam colhidas antes da transfusão ou pelo menos da administração de grande quantidade de hemocomponentes, pois isto pode comprometer o resultado dos testes pré-transfusionais.

Texto retirado da Portaria 158 de 04 de fevereiro de 2016

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetido o (a) paciente acima referido que se encontra sob minha responsabilidade médica.

☐ Concordo em aceitar o(s) concentrado(s) de hemácia(s) sem prova de compatibilidade pela emergência do paciente.

☐ Existe grau de incompatibilidade evidenciado nas provas transfusionais realizadas.

JOSE FERREIRA NETO

ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO

JOSE FERREIRA NETO

ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente		Antonio D. R. Silva	
Diagnóstico pré-operatório		Fract. Fech. Fêmur Distal	
Operação - Tipo		TTN Ci	
Cirurgião		Dr. Jamerson M. de Lencos Jr. Ortopedia / Traumatologia CRM: 3878 TEOT: 11094	
2º Assistente		1º Assistente	
Instrumentador(a)		Anestesista	
Anestésico(a)		Anestesia	
Data da Operação		Início	
Diagnóstico Pós-operatório		Fim	
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em ddh BS raqui anestesia
- 2) Incisão por acesso lateral de 10cm
- 3) Incisão lateral + 10cm
- 4) Redução anatómica + sutura
- 5) Sutura da ferida
- 6) Sutura da ferida

Matrícula: 63304
SAME - HUT
Contato com Oram

Dr. Jamerson M. de Lencos Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 3878 TEOT: 11094

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Antonio Domingos Rodrigues Galvão</u>				Nº DE REGISTRO	
DATA <u>11/01/19</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
AVES DE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
AVES DE URINA					
INDICAÇÃO	<u>D.S. Sem canal de dente ou cáries. 9º grau O.R.</u>				ELETCARDIOGRAMA
PLA					ASMA
LABORATÓRIO					BRONQUITE
TEMA					
LABORATÓRIO					
STEMA					SISTEMA URINÁRIO
PRESTIVO					
ESTADO					CORTICOIDES
ENTAL					ATARAXICOS
					OUTROS
DIAGNOSTICO					FÍSICOS
PRE-OPERTÓRIO					
PRE-MEDICAÇÃO					APLICADO AS
(AGENTES DOSES)					EFEITOS
AGENTES ANESTESICOS	OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
	1 <u>300ml</u>				<u>Prop 15mg</u>
	2				<u>Fentanil 2mg</u>
	3				<u>Clorprom 10</u>
LIQUIDOS	SO-UTO 500				
	400				
	SANGUE 300				
	200				
	OUTROS 100				
TEMPERATURA	Cº	260			
		240			
		2			
P. ARTERIAL	38	200			
V		180			
O		160			
PULSO		1			
		140			
INICIO E FIM ANESTESIA		120			
X		100			
		80			
INICIO E FIM OPERAÇÃO		60			
		40			
RESPIRAÇÃO		20			
O		10			
SÍMBOLOS					
TÉCNICAS	<u>Asa. de 4-5; de 06 GA; 1000 @ 5mg 0.</u>				
OPERAÇÕES	<u>Exatidão de 1º grau</u>				
CIRURGIÕES	<u>Dr. Yasser</u>				
ANESTESISTAS	<u>Dr. Adriano</u>				
INCIDENTE - ACIDENTE					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS					
PARITICULARIDADES					

Adriano Bastos de Oliveira
MÉDICO
CRM 5419



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: **ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO** (Prontuário: 307300)
 Endereço: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 24/04/1983 Idade: 36a7m17d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 755313
 Prescrição: 1032863 Solicitação: 06/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ
 Prontuário: 1378874 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

SIA: 0204060125

Data Exame: 06/12/2019

JOELHO DIREITO

Exame radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura antiga consolidada no platô tibial fixada com placas e parafusos metálicos.
- Fratura recente no côndilo lateral do fêmur.
- Aumento de volume de partes moles.

DR. ANTONIO

TERESINA - PI 11/12/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Assinatura Profissional Convulcente
 Matrícula: 69904
 SAME - HUT
 Profissional Original

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: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO (Prontuário: 307300)

Endereço: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Admissão: 24/04/1983 Idade: 36a7m20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253305

Matrícula: 1034226 Solicitação: 09/12/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

Unidade: 1381817 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 05

RELATÓRIO:

SIA: 0204060125

Data Exame: 09/12/2019

JOELHO DIREITO

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

- Fratura antiga consolidada no platô tibial fixada com placa e parafusos metálicos.
- Fratura recente alinhada no côndilo lateral fixada com parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(RANI SILVA)

TERESINA - PI 14/12/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Kassia Patrícia Parente Cavalcante
Matrícula: 89904
SAME - HUT
Carimbo em nome



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * I. E. Isento

www.saomarcos.org.br

Para o Sr.

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

RUA MONTEIRO LOBATO N1162 - PQ ALVORADA TERESINA * TERESINA - PI * 64.005-300

R

RELATORIO MÉDICO

ATESTO QUE O PACIENTE PASSOU POR TRATAMENTOCIRURGICO EM MID DEVIDO FRATURA DE FEMUR DISTAL, HOJE ENCONTRA-SE DE ALTA PORÉM TEVE PERDA DE ADM 50%, PERDA DE FORÇA MUSCULAR 60 % E DIMINUIÇÃO DO COMPRIMENTO DO MID, CLAUDICA PORTANTO.

S724

Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 3678

Teresina (Pi), 31/01/2020 11:19:27

Jamerson Moreira De Lemos Junior
CRM - PI 3878

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PI

0

1538818858

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA

4362706-930-PI

CPF

667-963-853-43

DATA NASCIMENTO

24/04/1983

FUNÇÃO

LUIZ PEREIRA GALVAO

FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES GALVAO

PERMISSÃO

ACC

CAT. 04

AB

Nº REGISTRO

03873497950

VALIDADE

30/08/2022

P. HABILITACAO

29/06/2006

OBSERVAÇÕES

EAR

ASSINATURA DO PORTADOR

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

LOCAL

TERESINA, PI

DATA DE EMISSAO

11/09/2017

15079231015

PI319430650

PIAUÍ

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



1 2 3 4 5 6 7 8 9 0



Nelie Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0475253

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM CRATEUS-CE
CERT. NASC. 529 L 02/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78
TERESINA - PI
PÉDRO SOARES DE MORAES
ASSINATURA DO DIRETOR

840.173.173-91

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PI Nº 015461599242
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM 01001166 RN-TRC EXERCÍCIO 2020
1 01038940399

NOME
ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVA
O XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF / CNPJ 66796385349 PLACA PIF-5491

PLACA ANT / UF CHASSI
66796385349 9C2KCT1650FR014932

ESPECIE/TIPO PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA COMBUSTIVEL ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL 002P/0149CC CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE AMARELA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º 1º PVA 2º 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEM RESTRIÇÕES DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

SEM RESTRIÇÕES DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA LOCAL DATA 13/01/2020

DIRETOR GERAL DO DETRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 015461599242 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 13/01/2020

VIA 1 CPF / CNPJ 66796385349 PLACA PIF-5491

RENAVAM 01038940890 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. 2015 Nº CHASSI 9C2KCT1650FR014932

PRÊMIO TARIFÁRIO FNS (R\$) 000,00 DENATRAM (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 084,58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 07/01/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.408/0001-04

CONTRAN



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088028/20

Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALV

• **CPF:** 667.963.853-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: ANTONIO DOMINGOS
RODRIGUES GALVAO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO : 667.963.853-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/03/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111020 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS METÁLICOS). ALTA MÉDICA. PÁG 4/7/10/11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: SINISTRO ANTERIOR 3190195959 COM DATA DE ACIDENTE 14/12/2018 COM INDENIZAÇÃO EM GRAU INTENSO PARA JOELHO DIREITO. O COMPLEMENTO APÓS ANÁLISE PARA O SINISTRO ATUAL É DE - 23,5% PARA A QUANTIFICAÇÃO EM GRAU MODERADO.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR. JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR, CRM/PI Nº 3878, DO HOSPITAL SÃO MARCOS, EM 31/01/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 23,5 %	16,45%	R\$ 2.220,75
Total			16,45 %	R\$ 2.220,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <u>Antonio Domingos Rodrigues Galvão</u>	RG: <u>4362708</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>11/09/17</u>
CPF: <u>667.963.853-49</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	PROFISSÃO: <u>Metotaxista</u>	Nº: <u>1446</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Monteiro Lebrato</u>	COMPLEMENTO: <u>Casa</u>	BAIRRO: <u>São Joaquim</u>	CEP: <u>64004-215</u>
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	TELEFONE:	

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: <u>NELLE ROZE SOARES MARQUES</u>	RG: <u>4.119.262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSS/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>
CPF: <u>840.173.173-91</u>	ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRA</u>	PROFISSÃO: <u>RECUSO</u>	Nº: <u>544</u>
ENDEREÇO: <u>RUA 24 DE JANEIRO</u>	BAIRRO: <u>CENTRO</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	UF: <u>PI</u>
			CEP: <u>64000-235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS – DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Antonio Domingos Rodrigues Galvão

Data do acidente de trânsito: 06/12/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

Teresina-PI
LOCAL / DATA: 31/01/2020

Antonio Domingos Rodrigues Galvão

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

utêntica e verdadeira

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

ARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kelly de Abreu Valverde
Escrevente Autorizada
Teresina, PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lindolfo Nogueira, 1223 - Centro - CEP: 64000-201 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-9159 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br
Titular: Anatália Gonçalves de Sampaio Pereira
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 31/01/2020. Selo: AAT44082-CJWZ
www.tjpe.jus.br/portalextra/
KELLY DE ABREU VALVERDE-ESCREVENTE AUTORIZADA
Fp: 1.3 R5 TJ: 0.77 FMMP/PI: 0.10 Selo: 0.26 Total: 4.98 - OP: 299

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088028/20

Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVÃO

CPF: 667.963.853-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: ANTONIO DOMINGOS
RODRIGUES GALVAO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO : 667.963.853-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/03/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior