

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190315069

Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **0000013944-0**

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

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	882.589.393-00	ROSARIA FERREIRA DA ROCHA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
ROSARIA FERREIRA DA ROCHA		882.589.393-00	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AUTONOMA	RUA AGENOR VELOSO	2131	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
LOURIVAL PARENTE	TERESINA	PIAUÍ	64.023.285
E-mail:	Tel.(DDD):		
	86-98851-3666		

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 ☐ CONTA: 13944 ☐ 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina, 02 Maio 2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rosaria Ferreira da Rocha
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

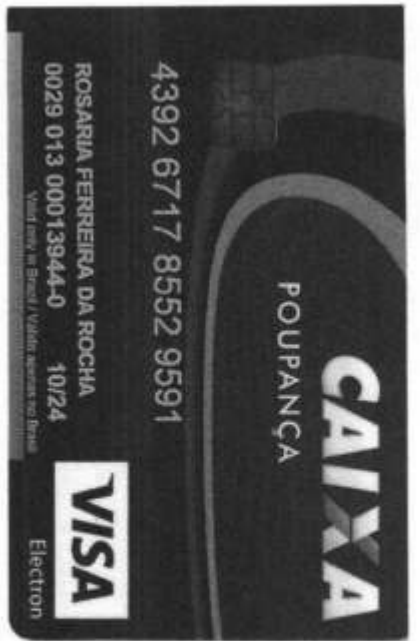
2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Handwritten signature

COOPERATIVA DE SEGUROS

10/50/60





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003327/2018-39

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 20/09/2018 - 09:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

CRUZAMENTO

Município

TERESINA

Endereço

RUA PIRES DE CASTRO COM RUA ALCIDES FREITAS, Nº;

Complemento

Data/Hora

29/06/2018 - 16:50

Bairro

MARQUÊS

Ponto de Referência

PRAÇA DO MARQUÊS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

RG: 1654012 SSP/PI

Mãe: MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA CONCEIÇÃO MONTEIRO

Pai: SEBASTIÃO DE SOUSA MONTEIRO

Endereço: RUA AGENOR VELOSO, Nº 2131

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8885-0113

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: ROSÁRIA FERREIRA DA ROCHA

RG: 1836362 SSP/PI

Mãe: EVA ROCHA DA SILVA

Pai: ALMIR FERREIRA DA SILVA

Endereço: RUA AGENOR VELOSO, Nº 2131

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8843-3335

Tipo Envolv.: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA RUA ALCIDES FREITAS SENTIDO OESTE/LESTE, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN ES, ANO/MODELO 2012, COR PRETA, PLACA ODY-8804-PI, RENAVAN 464785634, PROPRIETÁRIA DORALICE BARBOSA DE SOUSA, QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA PIRES DE CASTRO ADENTROU À VIA PREFERENCIAL COLIDINDO COM UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO PELO NOTICIANTE, QUE O MESMO CAIU E FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 08 SD 4044 E ENCAMINHADO AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 161711, RELATA AINDA O NOTICIANTE QUE Sra. ROSÁRIA FERREIRA DA ROCHA QUE ERA TRANSPORTADA NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA, TAMBÉM CAIU E FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 4043 E ENCAMINHADA AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 227253, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897
AGENTE DE POLÍCIA

PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

"DOCUMENTO ORIGINAL"

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 09/10/2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003327/2018-39

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	882.589.393-00	ROSARIA FERREIRA DA ROCHA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
ROSARIA FERREIRA DA ROCHA		882.589.393-00	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AUTONOMA	RUA AGENOR VELOSO	2131	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
LOURIVAL PARENTE	TERESINA	PIAUÍ	64.023.285
E-mail:	Tel.(DDD):		
	86-98851-3666		

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0029	CONTA: 13944	AGÊNCIA:	CONTA:
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão
cópia da
última ou
penúltima
página do
documento

Local e Data, TERESINA, 02 Maio 2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rosaria Ferreira da Rocha
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

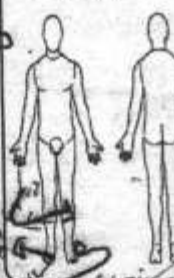
TESTEMUNHAS

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 4043	02 Data do chamado 29/06/18	03 PRO (código) 2897	04 Saída do PA 17.00	05 Chegada ao local 17.07
	06 Saída do local 17.32	07 Chegada ao 1º hospital 17.47	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua de Castro Alcides Freitas				
	11 Bairro Marquês	12 Município-UF		Código IBGE	
Dados do Paciente	13 Ponto de referência rua				
	14 Nome Rosário Ferreira da Rocha				15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
Tipo de Ocorrência	16 Idade 40 22.08.77		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica		06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico		
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado		20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta		21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta
			22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐		
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-A voz 2-A dor 1-Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso 102 Resp. 10 PA 110 x 50 TAX 99 SatO2 99
	25 Local da lesão 				
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial 1 Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 Dor 4 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa		
Hospital de Destino	30 Fratura 1 - Sim 1 Exposta 1 Fechada 2 - Não 3 - Suspeito		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☒ Francha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☒ Acesso Venoso ☐ Oxigênio ☐ Calor cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☒ Medicamentos a) 500ml ☒ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica b) 1mg + 8ml AD fex		
	32 Hospital de Destino HUF		33 Condições de entrada ☐ 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado		
Observações Interdisciplinar	34 Óbito ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte				
	Observações Interdisciplinar Dr. Hugo Lustosa Medico Responsável pela recepção Socorristas Medico AE/TE Enfermeiro Condutor				

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: 05/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000013944-0

Nr. da Autenticação B6F995EB6F94777F



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 05.940.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ/PI/08

Para contato
telefone, informe
o N° 0800

SERVIÇO

N° da Nota Fiscal 018714325

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

CONTA MÊS VENCIMENTO
MARCO/2019 15/03/2019
CONSUNDO (kWh) 274
TOTAL A PAGAR (R\$) 299,90

MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA CONCEIÇÃO MONTEIRO
R. AGENOR VELOSO, 2131 LUCRIVAL PARENTE
CPF: 000.106.011.703-5
CEP: 64.023-185 - TERESINA ROT: 5.001.09.25.103750

DADOS DA LEITURA kWh
Atual: 38527
Anterior: 38253
Consumo Medido: 274
Consumo Faturado: 274 FCM
Forma de Faturamento: NORMAL
Código de irregularidade:
Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONO
Número Medidor: A765202
Posto: 1.1.1.1
Média 12 meses: 361

HISTÓRICO kWh
Mês/ano consumo
FEV/19 357
JAN/19 299
DEZ/18 442
NOV/18 446
OUT/18 448
SET/18 380
AGO/18 437
JUL/18 292
JUN/18 346
MAI/18 302

DESCRIÇÃO DA CONTA
CONSUMO 274 A R\$ 0,927609 = 254,16
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 20,50
MULTA POR ATRASO (2X) 13,46
JUROS POR ATRASO (2X) 11,78

TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA
R\$ 274 - 0,927609

Mes/Ano Valor R\$
02/2019 368,66
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 5493.C78A.5150.9FE6.3F5D.96B7.8FCC.FF40
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Descrição: 49,32 Base de Cálculo: 254,16 185,54
Energia: 95,28 Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 16,13 Valor do ICMS: 68,62
Encargos: 10,16 Valor do PIS: 1,41% 2,61
Tributos: 83,27 Valor do COFINS: 6,49% 12,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE
DIC FIC DMIC DICRI
Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual Mensal Mensal
Limite 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
Realizado 0,00 0,00 0,00 0,00
Cargos: Período de apuração: 01/2019 EUROS: 0,00

ASSINATURA
LUCIANA CARVALHO DE SEQUEIRA
Data: 09/05/19

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DORALICE BARBOSA DE SOUSA MORAIS,
RG nº 1.592.089, data de expedição 24/09/2013
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 746.809.273-72, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ABENOR VELOSO, LOURIVAL PARENTE, nº 2131,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ROSANIA FERNANDA DA TRINHA cujo o condutor era
PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 125 FAN
Ano: 2012
Placa: ODV 8804
Chassi: 9CZJC4120CR565087
Data do Acidente: 29.06.2018
Local e Data: Teresina PI 23/07/2018

Recebido em: 09/08/19

5º Ofício

Doralice Barbosa de Sousa Morais
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Município do Amparo Portela Leal de Araújo
Tabela Pública
Teresina - Piauí

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabela
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (08) 3221-6665

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DORALICE BARBOSA DE SOUSA MORAIS. DOU FE. EM 23/07/2018 DA VERDADE. TERESINA-PI, 23/07/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABD. 48332 (F390P144)

ROSELANE DE SOUSA PIMENTEL - ESCRIVENTE

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
Roselane de Sousa
Escrivente Comp.
Teresina-PI

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

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABD-48332



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

DOCUMENTO
EDIDA COMISSÃO DE SEGUROS
emitido em: 09/10/12

NOME DO PACIENTE: Rosaria Ferreira da Rocha

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 227253

COMISSÃO
DE SEGUROS

10 OUT 2013

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 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA (2)

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 29/06/2018 18:00:31

(User: MARIA SILVA)
(Estação: RECEPCAO01)

Nome: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA		Prontuário: 227253	
Mãe: EVA ROCHA DA SILVA	Pai: ALMIR FERREIRA DA SILVA		
End.Resid.: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 22/08/1977	Idade: 40a10m7d	Sexo: Feminino	Fone: 86- 8811-7994
Responsável: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA	CNS: 203450301620001		
Profissão: DO LAR	CPF: * RG: 1836362 - SSP PI		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Concubinato		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 672070	Data: 29/06/2018 17:58:00	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Atendimento de acidente motorizado há 1h

AV: membros superiores, membros inferiores, com edema cervical (B) Emprego, MV: balneabilidade não RA (C) Normocórdica, normocorada, abdome pleuro, m. d. (D) Glasgow 15, PIR (E) Fim de vida em presença, possibilidade de fratura em perna e pé esquerdo.

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPLETADA
EXAME: C/CLINICA E P/CLINICA
DATA: 29/06/18 19:10h

PA: _____ X _____ mmHg Pulso: _____ FC: _____ bpm Temp.: _____

Diagnóstico Inicial: _____ CID: _____

Dr. Italo Lustosa
Médico
CRM-PI 6628

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Sucesso Rax de perna, tornozelo, pé esquerdo, TC de crânio e coluna cervical e perna

DATA: 29/06/18

ALTA:	() Melhorado	() Administrativa	() Retornar a Unid. Origem:
	() Curado	() Por Indisciplina	() Transferência:
OBITO:	() Inalterado	() Por Evasão	
	() A Pedido		
DESTINO:		DATA SAÍDA: / /	HORA: : :
() Até 24 Hs		() Internação na Unidade	PJ CORRETORA DE SEGUROS 10 OUT 2018 Prof. Solicitante Internação: DPVAT
() De 24 a 48 Hs		Proced. Solicitado:	
() Após 48 Hs		CID Compatível:	

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

**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

Imp: 29/06/2018 18:00:31

(MARIA SILVA)

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

Nome: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA		Prontuário: 227253
Mãe: EVA ROCHA DA SILVA		Pai: ALMIR FERREIRA DA SILVA
End.Resid.: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 22/08/1977	Idade: 40a10m7d	Sexo: Feminino Fone: 86- 8811-7994
Responsável: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA		CNS: 203450301620001
Profissão: DO LAR		Documento: RG: 1836362 - SSP PI
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Concubinato
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 672070	Data: 29/06/2018 17:58:00	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 29/06/18. ____:____	ESPECIALISTA: OMOPEMI
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTA - MORTO em casa com a esposa e filha, proibiram a I.E. da vítima de ir ao trabalho.	

Dr. Eduardo Reis de A. Bona Miranda
Oncologista e Traumatologista
CRM-PI: 40977-1
Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ____/____/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: ____/____/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ____/____/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

16 OUT 2018

DPVAT



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: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA** (Prontuário: 227253)
Endereço: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/08/1977 Idade: 40a10m13d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672070
Requisição: 850952 Solicitação: 29/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1052723 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 29/06/2018

PERNA ESQUERDA

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

- Fraturas no terço médio diafisário da tíbia e fíbula esquerdas.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 04/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

[Handwritten signature]
RECEBIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 09/07/2018

[Handwritten signature]
CORRETORA
DE SEGUROS
10 OUT 2018
DPVAT



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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA** (Prontuário: 227253)
Endereço: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/08/1977 Idade: 40a10m13d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672070
Requisição: 850952 Solicitação: 29/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1052724 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 29/06/2018

PE OU PODODACTILO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 04/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





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: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA** (Prontuário: 227253)
Endereço: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/08/1977 Idade: 40a10m7d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672070
Requisição: 850953 Solicitação: 29/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1052726 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 29/06/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/06/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável





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: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA** (Prontuário: 227253)
Endereço: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/08/1977 Idade: 40a10m7d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672070
Requisição: 850954 Solicitação: 29/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1052727 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 29/06/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAI AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/06/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

SECRETARIA
DE SEGUROS

10 OUT 2018

DPVAT



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: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA** (Prontuário: 227253)
Endereço: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/08/1977 Idade: 40a10m13d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672070
Requisição: 850972 Solicitação: 29/06/2018 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
Controle: 1052752 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 29/06/2018

OMBRO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 04/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

AG CORRETORA
DE SEGUROS

10 OUT 2018

DPVAT



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: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA** (Prontuário: 227253)
Endereço: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/08/1977 Idade: 40a10m13d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672070
Requisição: 850972 Solicitação: 29/06/2018 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
Controle: 1052753 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 29/06/2018

OMBRO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 04/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

WJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 OUT 2013

DPVAT



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: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA** (Prontuário: 227253)
Endereço: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/08/1977 Idade: 40a10m13d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672070
Requisição: 850952 Solicitação: 29/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1052725 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 29/06/2018

TORNOZELO ESQUERDO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 04/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



[Handwritten signature]

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO

Nome:

ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

Admissão:	29/06/2018	B.E.:	672070
Hora:	17:58	IDADE:	40a10m7d
Espec.:		H D:	
Setor:	P A	KAN BAN:	I
Gerenciamento de Risco:	Risco de Queda:	Risco de Ulcera por Pressão:	Risco de Flebite:
			Usa Pulseira:
Intervenções:			

WJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 OUT 2013

DPVAT



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Regina Lemos da Rocha

Diagnóstico pré-operatório

Fratura exposta 4.º PDE + fratura fechada 5.º PDE

Operação - Tipo

LMC em lâmina 4.º PDE.

Cirurgião

Dr. Cláudio

1º Assistente

Dr. Luan

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Fernando

Anestesista

Dr. João

Anestesia

Fogel

Anestésico(a)

Data da Operação

29/06/18

Início

22:00

Fim

23:05

Diagnóstico Pós-operatório

Op. concluída

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Não houve

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

- ① PDE em 2.º PDE sob raquianestesia
- ② Limpeza e antissepsia
- ③ Colocação campo estéril
- ④ LMC em lâmina exposta 4.º PDE com soro fisiológico e cobundante.
- ⑤ Dextera simples.
- ⑥ Avaliação estéril
- ⑦ Confeção tala gessada em tala longa.

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				
DATA:	P. ARTERIAL					Nº DE REGISTRO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE URINA	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO						
SISTEMA RESPIRATÓRIO						
SISTEMA DIGESTIVO						
ESTADO MENTAL						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						
APLICADO AS						
EFEITOS						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500					X - Monitorização venoarterial (transiç)
TEMPERATURA T	SANGUE 400					ERGLOX 1 PNT
P. ARTERIAL V O PULSO	SANGUE 300					① Bupi 30mg SA;
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	200					② Cefazolin 1gw;
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	OUTROS 100					SEQUÊNCIA
RESPIRAÇÃO O						1
						2
						3
						4
						5
						6
						7
						8
						9
						10
						11
						12
						13
						14
						15
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS						
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						
INCIDENTE - ACIDENTE						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04.04.18

NOME DO PACIENTE: <u>Rosina Pereira da Silva</u>	PROMITÓRIO Nº: <u>227253</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Jere Pacheco e Vinicius</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Dornel</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Dr. Ricardo</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Ruyne</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Silene</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>6.5</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE <u>25</u>	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	✓		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	✓	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	✓		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	✓		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	✓	
JELCO Nº	UNID.	✓		<u>Expon</u>	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletrich - 05</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<u>Gau - 03</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Dreno suco 2.2 - Dornel</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2-0</u>	02						
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE:			

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	MÉDICO ASSISTENTE
Pacientia - Sinalis do Nalio 007981		Ortopédica	Correção	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
29/06/18 # 201 LMO gestante - hipotese 9º PDC				os 05 Pct adiantados
	+ gestante de 10-12 semanas de gravidez			nua clínica ortopedica
				na prevenção da
				CRP, em 0,0 + da LMC
1 DIETA ORAL LIVRE				em 4-5 PDC e Pct rela-
2 SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA				tm, adiante corre-
3 CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H				muito, logo decelerar
4 RANITIDINA 50 MG - A AMP + AD, EV, 8/8 H				eróticos e abrigados
5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H				padrões de saúde sa-
6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H				distúrbios, clími-
7 TRAMMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN				características con-
8 PLASIL - A AMP + AD, EV, SOS				p.e. 11/11 em 28/8,
9 Gestante - 240mg + 200ml SF0,9%				Fo com curatela ali-
10 14, 24/24h, coram em 40 min				São, ela vive de fa-
11 Teoria curatela de clareza				la brilha, evolutiva ali-
12 com glicose E e em 9º PDC. 1x/ida.				aos, e hipertensão mui-
13 Rx pre-existente + grave E.				mais significativas
				Dr. Lúcio Medico
				CRAV 017144
				CONFERÊNCIA 007981
				Deh - Não disponível



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Romaria Pereira da Rocha

Diagnóstico pré-operatório

fratura de tíbia esquerda

Operação - Tipo

recesso + fixação

Cirurgião

Dr. Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 / CRM-MA 3636

1º Assistente

Dr. R. R. R.

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Selene

Anestesista

An. vivian

Anestesia

lyd

Anestésico(a)

Data da Operação

04/07/12

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

fratura de tíbia
fratura de tíbia

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

ND

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

fratura de tíbia esquerda
fratura de tíbia esquerda
fratura de tíbia esquerda
fratura de tíbia esquerda
fratura de tíbia esquerda
fratura de tíbia esquerda
fratura de tíbia esquerda
fratura de tíbia esquerda
fratura de tíbia esquerda
fratura de tíbia esquerda

Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 / CRM-MA 3636

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Rosária Ferreira da Rocha</i>				Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>09/07/12</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <i>NDN</i>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>NDN</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>NDN</i>				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>NDN</i>				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO <i>Jejum OK</i>				SISTEMA URINÁRIO <i>NDN</i>		
ESTADO MENTAL <i>NDN</i>				CORTICOIDES		ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura de Tibia + Fíbula</i>				FÍSICOS <i>ASA I</i>		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <i>A</i>				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
		1 2 3				
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 300 200 OUTROS 100				
TEMPERATURA T		Cº 38				
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS <i>Raquianestesia + Sedação</i>						INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES <i>Osteossíntese de Tibia + Fíbula</i>						
CIRURGIÕES <i>Dr. Duval</i>						
ANESTESISTAS <i>Dra. Vivian Melo</i>						
PARTICULARIDADES <i>2/ Adequado</i>						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS



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

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 OUT 2013

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

Planteia sob anestesia
Alguém + anestesia
Colocar a mão, fazer
porcunha com a mão
lateral, com a mão

Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PT1995 / CRM-MA 3635

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 OUT 2013



UNIDADE DE SAÚDE

MOD 76 - HUT

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICODATA 27/06/18NOME DO PACIENTE: Marina Ferreira da Rocha PRONTUÁRIO Nº: 227481

DIAGNÓSTICO: _____

ANESTESIA: RaquelCIRURGIA: amcCIRURGIÃO: Dr. LuisNº DA SALA: 05AUXILIAR: Dr. Lucas

CPF Nº: _____

ANESTESIA: Dr. Jairo

CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Gerico

CPF Nº: _____

CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI N: 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.			SERINGA 20CC	UNID.	91	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	28	
GASES	PAC.	07		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Grupo N: 20</u>	-	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>atrasado de compra</u>	-	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<u>depois interfeição</u>	-	02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>3-0</u>		02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE: <u>fluor</u>			

CORRETORA
DE SEGUROS

15 OUT 2018

DPVAT



[Handwritten signature]

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

RECIBO Nº: 09/05/1997





882.589 393-00

Rosária Funcha de Rocha

22/08/1977



**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.

Número do Sinistro: **3190315069**

Nome do(a) Examinado(a): **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Agenor Veloso, 2131 - Lourival Parente - Teresina - PI - CEP 64023-285

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1836362**

Data e local do acidente: [**29/06/2018**]

R PIRES DE CASTRO ,B= MARQUES ,TERESINA-PIAUI

Data e local do exame: [**29/05/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA E

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

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 29/06/2018,HD FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA E EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO + TORNOZELO E

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

[☒] Sim [☐] Não

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

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 29/06/2018,HD FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA E FEITO LMC + FIXAÇÃO EXTERNA DE FRAT DA TIBIA E EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO + TORNOZELO E JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

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

[☒] Sim [☐] Não

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

EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO E- F DE 70 GRAUS COM PERDA DE 50 % TORNOZELO E -FD=15,FP=25,AB=15,AD=15,COM PERDA DE 50 %

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO E

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO E

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO E- F DE 70 GRAUS COM PERDA DE 50 % TORNOZELO E

-FD=15,FP=25,AB=15,AD=15,COM PERDA DE 50 %



Edmar de Souza Lima Junior - CRM: 2313 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190315069 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 29/06/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA ESQ.

Descrição do exame físico: EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQ- FLEXÃO DE 70 GRAUS; TORNOZELO ESQ -FLEXÃO DORSAL= 15 GRAUS, FLEXÃO PLANTAR = 25 GRAUS, ABDUÇÃO =15 GRAUS, ADUÇÃO =15 GRAUS.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO DIA 29/06/2018, HD FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA ESQ
FEITO LMC + FIXAÇÃO EXTERNA DE FRAT DA TIBIA E SQ.
EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO + TORNOZELO ESQ.
JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho e tornozelo esquerdos.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/05/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: a vitima possui sinistro anterior (24/01/2019) e já foi indenizada em: 15% (12,5% tnz E + 2,5% 4º PDE). Não foi observado agravamento do quadro sequelar em relação ao dano em tornozelo esquerdo indenizado anteriormente, de modo que o "PI" ora estabelecido é referente ao dano funcional em joelho esquerdo.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190315069 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 29/06/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA. FERIMENTO CORTO CONTUSO NO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO E MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA, A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA NÃO EVIDENCIA AGRAVAMENTO DA SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190315069 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 29/06/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA. FERIMENTO CORTO CONTUSO NO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190315069 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 29/06/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA ESQ.

Descrição do exame físico: EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQ- FLEXÃO DE 70 GRAUS; TORNOZELO ESQ -FLEXÃO DORSAL= 15 GRAUS, FLEXÃO PLANTAR = 25 GRAUS, ABDUÇÃO =15 GRAUS, ADUÇÃO =15 GRAUS.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO DIA 29/06/2018, HD FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA ESQ
FEITO LMC + FIXAÇÃO EXTERNA DE FRAT DA TIBIA E SQ.
EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO + TORNOZELO ESQ.
JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho e tornozelo esquerdos.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/05/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: a vitima possui sinistro anterior (24/01/2019) e já foi indenizada em: 15% (12,5% tnz E + 2,5% 4º PDE). Não foi observado agravamento do quadro sequelar em relação ao dano em tornozelo esquerdo indenizado anteriormente, de modo que o "PI" ora estabelecido é referente ao dano funcional em joelho esquerdo.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190315069

Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190315069

Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

