

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Melton Pereira da Silva CPF da Vítima: 008.847.123-38 Data do Acidente: 06.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Melton Pereira da Silva CPF do Representante legal: 008.847.123-38
E-mail: _____ Telefone (DDD): (26) 994729591

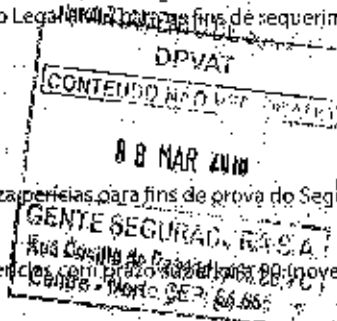
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal-IML para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora LIDER DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



07 de 03 de 18
Local e Data

Melton Pereira da Silva _____
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



**SAMU
192**

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município UF	13 Ponto de referência	
	14 Nome	15 Sexo	16 Idade		
Dados do Paciente	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima		
	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança		
Tipo de Ocorrência	23 Glasgow =	24 Sinais Vitais	25 Local de lesão		
	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento		
Acidente de Transporte	29 Dor	30 Fratura	31 Procedimentos realizados		
	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito		
Exame Físico	Observações Interdisciplinares				
	Assinaturas e Rubricas				

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Rodenão - Fone: 86 3229 4872

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

0270

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 06/12/2017 18:22:53

(Usuário: WALDETEC NUNES)

(Estação: PROMOTORIA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	HELTON PEREIRA DA SILVA		Prontuário:	315042	
Mãe:	SEBASTIANA PEREIRA DOS SANTOS SILVA		Pai:		
End. Resid.:	OD.17 CS'A LOT16 - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	31/10/1983	Idade:	34a:2m:5d	Sexo:	Masculino
Responsável:	RAIMUNDO		CNS:	898004169366028	
Profissão:	CONDAADOR		CPP:	* RG:	
G. Instrução:	Superior Completo		E. Civil:	Solteiro(a)	
End. Local:					

DOS DO ATENDIMENTO:

Código:	640317	Data:	06/12/2017 18:30:53	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO: VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	SUS
Acid. Trab.:	Não	Trajetos:	Não	Típico:	Não	
				CID Secundário:	V299	

DADOS CLÍNICOS:

Presente vítima de acidente motociclístico, colisão moto-carro, há cerca de 1h, trazido pelo SAMU, imobilizado com prancha rígida e collar cervical. Negar TCE, abaulamento, náuseas e vômitos. A: Pênias verbalizando B: MV presente bilateralmente C: Abdome indolor, pulsos presentes, estável hemodinamicamente D: Glasgow 15, Pupilas isocóricas e fotomédicas E: Dor em coxa D, imobilizada, escoriações em braços E

TA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:
Sígnostico Inicial:						CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado: RIX coxa D / Pênias / Rmax / Relap.

RAIO-X REALIZADO

DATA 06/12/2017

Técnico: Adalberto

☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retornar à Unid. Origem ☐ Transferência	DEPARTAMENTO DE DPVAT 08 MAR 2018
DESTINO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs			DATA SAÍDA: / / Internação na Unidade Proced. Solicitado: 0408050519 CID Compatível: 23
DESTINO: ☐ Família ☐ INIL ☐ Anat. Patol.			GENTE SEGURADORA S.A. Rua Santa de Resende, 515 Lo 3 C Centro, Teresina - PI 64017-770 Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Profissional - BE

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 323632

RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS

CJ RAIMUNDO PORTELA, S/N - Q 70 LT 01 C A

PROMORAR

64027180 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO 432083	MÊS 01/2018	PERÍODO DE CONSUMO 11/12/2017 a 09/01/2018
CONSUMO (kWh) 232	VENCIMENTO 19/02/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 207,29

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue EDFI: 0800 088 0800

autenticação necessária

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ**

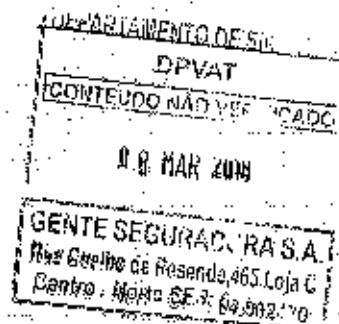
AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 432083	MÊS 01/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 207,29
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836900000024.072800170001.000000000430.208301180054





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000209/2018-79

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 16/01/2018 - 10:41

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

ESTACIONAMENTO DO ATACADÃO BELA VISTA, Nº:

Complemento

427891

Data/Hora

08/12/2017 - 17:00

Bairro

BELA VISTA

Ponto de Referência

DADOS DAS PESSOAS ENVOLVIDAS

Nome: HELTON PEREIRA DA SILVA

RG: 210163188PPI

Mãe: SEBASTIANA PEREIRA DOS SANTOS SILVA

Endereço: Q.70, LOT.01, C.A. Nº

Bairro: PROMORAR

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 99-8402-7368

Tipo Envolv.: VITIMIZADO

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

8 8 MAR 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA/CG 150 TITAN, ANO 2015/2015, PLACA PIM-5862, DE PROPRIEDADE DO SR. JANAELSON FERREIRA DE BRITO, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA. E AUTENTICADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE FOI COLIDIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO-II-CARRO: NÃO IDENTIFICADO, QUE EVADIU-SE DO LOCAL. O NOTICIANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUP, PRONTUÁRIO DE Nº315042. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

Helton Pereira da Silva

HELTON PEREIRA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem a análise do sinistro e o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar no campo 2 "Assinatura do Representante Legal".

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL: 008.847.123-38 CPF da Vítima: 008.847.123-38 Nome completo da vítima: Hellen Pereira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Hellen Pereira da Silva CPF titular da conta: 008.847.123-38 Profissão:
Endereço: Cj. Raimundo Pontela 20-70 LT-DL CS-A Número: Complemento:
Bairro: Próximo Cidade: Teresina Estado: PI CEP:
E-mail: Telefone (DDD): (86) 99112-8591

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 5987 DV: 013 CONTA: 304044 DV: 10
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO: NTC:
AGÊNCIA: DV: CONTA: DV:
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Hellen Pereira da Silva 07 de 03 de 18
Local e Data
x Hellen Pereira da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA FEDERAL DE LOTERIAS

SAC: 8800 726-0191
 OUV: 2287A 0000 725-7474
 CATEGORIA: 0030 725-7474

033: 384200022-1

02/03/2012 HORA DE EMISSÃO: 11:05:09

OT: 0014795-9 TERMO: 002021

LOCALIDADE: TERESINA

DE: VINCLASA: 1087 CONTROLE: 003034237

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1982-013-00104044-0

NELTON PEREIRA DA SILVA

VALER

ESTE RECEIBO É VÁLIDO COMO
 COMPROVANTE DE DEPÓSITO

030-384200022-1

13-012

DEPARTAMENTO DE
 OPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

8 8 MAR 2012

GENITE SEGURADORA S.A.
 Rua Celso de Rezende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.092

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2018

Carta nº: 12625492

A/C: HELTON PEREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180111516
Vítima: HELTON PEREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 06/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **HELTON PEREIRA DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001987**

Conta: **00000104044-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **HELTON PEREIRA DA SILVA**

Sinistro: **3180111516**
Vítima: **HELTON PEREIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **06/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180111516** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **HELTON PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180111516**

Vitima: **HELTON PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **06/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180111516**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12497426



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: 02/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELTON PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000104044-0

Nr. da Autenticação 3A68028C006FC954

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180111516 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELTON PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 06/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR N DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180111516

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: HELTON PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 06/12/2017

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisaria baixa do femur direito

Descrição do exame médico pericial: Presença de lesão cicatricial em face lateral da coxa direita; hipotrofia muscular em coxa direita; edema leve em tornozelo direito; extensão do joelho direito completa, restrição de flexão do joelho direito em 90°.

Resultados terapêuticos: Paciente relata ter sofrido acidente de trânsito em 06/12/17, foi submetido em 11/12/17 a osteossíntese de fratura supracondiliana do femur direito com placa dcs 95° e parafusos, recebeu alta hospitalar em 12/12/17; evoluindo com restrição de flexão do joelho direito em 90°; hipotrofia muscular discreta em coxa direita.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do joelho devido a limitação da flexão articular (90 graus) - Sequela pós cirúrgica, sem descrição de outros tratamentos.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Raphael Neves Bona

CRM do médico: 2485

UF do CRM do médico: PI

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de formas legíveis e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: HELTON PEREIRA DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 2101631 SSP-PZ

CPF: 008.847.123-38

Profissão: CONTADOR

Endereço: CJ. RAIMUNDO PORTELA RD-70 LT-01 CS-A - PROMORNO

CEP: _____

Telefone: (86) 9472-9591 / 8807-7370

OUTORGADO:

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

RG: 2.212.129

CPF: 839.502.303-00

Profissão: CORRETOR (A)

Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 3814 BAIRRO: PARQUE ALVORADA TERESINA- PIAUI

CEP: 64.000-090

Telefone: (86) 99472-9591 / 98807-7870 / 3213-2804

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador o outorgado Acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradora consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Vikima HELTON PEREIRA DA SILVA

TERESINA 16 JANEIRO 2018

Helton Pereira da Silva

Local e Data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade /verdadeira)



Cartório Transcrições Sampaio
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escritor de Cartório
Teresina - PI



☐ Tabelião

☒ Escrevente autorizado



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/000 - 09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Insc. Fiscal / Contrib. da Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto de Renda pelo SEF 2.04/90

Nº da Nota Fiscal: 000537202

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

CONTAS DE	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
R. RUI BARBOSA 3814 3814 B-URBANO

DADOS DE INÍCIO	DADOS DE FIM
Atual:	Atual:
Anterior:	Anterior:
Constante de Multiplicação:	Próximo Leitura:
Consumo Médio:	Emprego:
Consumo faturado:	Apresentação:

Chave/Substância	Indicador	Número Medidor	Rele	Código Fato	Mês 12 meses

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
SET/17 153	CONSUMO 174 A R\$ 0,707682 = 123,13
AGO/17 152	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 11,03
JUL/17 150	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,91
JUN/17 182	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 2,72
MAI/17 150	
ABR/17 122	
MAR/17 126	
FEV/17 156	
JAN/17 187	
DEZ/16 212	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
B-A 174 - 0,528366	

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO	COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPORTE SITUAÇÃO - R\$
	Energia: 26,24	Base do ICMS: 123,13
	Transmissão: 49,91	Alíquota ICMS: 20,00%
	Encargos: 7,85	Valor do ICMS: 24,62
	Tributos: 2,95	Valor do PIS: 1,16

INDICADORES DE CONTINUIDADE
4,95 9,91 19,82 3,17 6,35 12,70 2,77

TERESSINA
ROT: 10.001.34.46.110410

06/2017 37,07

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
MÊS FATURADO	VENCIMENTO

Nº da Nota Fiscal: 000537202 FCAM

83660000001 9 34160017000 3 00000001305 2 22331017008 7



DEPARTAMENTO DE
OPVAT
CONTENDO NÃO VE
08 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Ovelha de Resende, 465 Loja C
Centro - Teresina - PI

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Kelly Maure de Oliveira inscrito (a) no CPF 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wilton Pereira de Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.847.123-38 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Wilton Pereira de Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.847.123-38, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

DEPARTAMENTO DE SUSEP
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

☒ Recuso informar

08 MAR 2018

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER 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.

SENTE SEGUROS LIDER
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Maré CEP: 64.092-770

Endereço <u>Rua Rui Barbosa</u>		Número <u>3814</u>	Complemento
Bairro <u>Alameda</u>	Cidade <u>Tererina</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(86) 99472-9691</u>

Maré, 07 de 03 de 18
Local e Data

Kelly Maure de Oliveira
Assinatura do Declarante

Declaração do proprietário do veículo

Eu, JANAELSON FERREIRA DE BRITO

RG nº 3450614, data de expedição 24/02/14

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº.

062.700.243-90, com domicílio na cidade.

De TERESINA no Estado de PIAUÍ

Onde resido na (Rua / Avenida / Estrada)

RD-30 LOTE 10 CH-B

nº _____ complemento PROMORA

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de

Minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Mellon Pereira da Silva

Era Mellon Pereira da Silva

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 TITAN EX

Ano: 2015

Placa: PIM-5862

Chassi: 9C2KC1660FR040471

Data do acidente: 06.12.2017

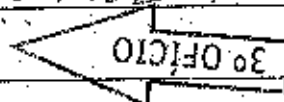
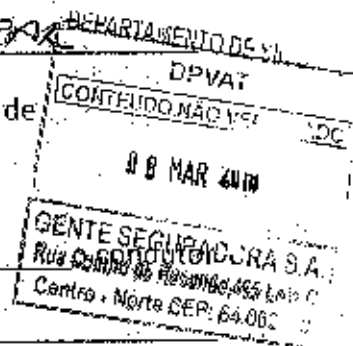
Local e Data: TERESINA 15 JANUÁRIO 2018

JANAELSON FERREIRA DE BRITO

Assinatura do Declarante

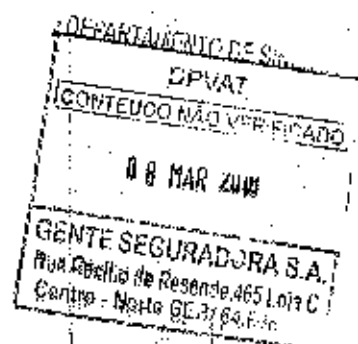
Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do sinistro)

Cartório Thematiques Sampaio
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Bairro: Centro - Teresina - PI





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE:

Helton Romar da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

315042

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".



BOLETIM DE ENTRADA - BE
DADOS DO PACIENTE:

Imp: 05/12/2017 18:32:53
(Data: VALÉNCIO MOURA)
(Estação: RDC/PC/ORA)

Nome: HELTON PEREIRA DA SILVA **Prontuário:** 315042
Mãe: SEBASTIANA PEREIRA DOS SANTOS SILVA **Paiz:**
End. Resid.: QD117 CS A LOT16 - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010
Nascimento: 31/10/1983 **Idade:** 34a:2m:5d **Sexo:** Masculino **Fone:** 86-98864-2004
Responsável: RAIMUNDO **CNS:** 898004169366828
Profissão: CONTADOR **CPF:** - * RG: -
G. Instrução: Superior Completo **E. Civil:** Solteiro(a)
End. Local:

DADOS DO ATENDIMENTO:
Código: 640317 **Data:** 05/12/2017 18:30:53 **Condução:** AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) **Convênio:** S J S
Acid. Trab.: Não **Trajetória:** Não **Típico:** Não **CID Secundário:** V290

DADOS CLÍNICOS:
Paciente vítima de acidente motociclístico, colisão moto-carro, há cerca de 1h, trazido pelo SAMU, imobilizado com prancheta rígida e collar cervical Negro TCE, reboqueamento, náuseas e vômitos. A: Pérdida verbalizando. B: MV presente bilateralmente. C: Abdome indolor, pulsos presentes, estável hemodinamicamente. D: Glasgow 15, Pupilas isocóricas e reativas. E: De em coxa D, imobilizada, encurtamento em braço E.
T°: _____ X _____ mmHg Pulso: _____ FC: _____ bpm Temp.: _____
Saturação O2: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:
Solicito: RX coxa D (Perna)/Rmax/Ultrap.
RAIO-X REALIZADO
DATA 06/12/2017
Técnico: Adolte

ALTA: () Melhorado () Administrativa () Retornar à Unid. Origem:
() Curado () Por Indisciplina () Transferência:
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido
DESTINO:
() Até 24 Hs () Família
() De 24 a 48 Hs () SEM
() Após 48 Hs () Anat. Patol.
ÓBITO:
DATA SAÍDA: _____
() Internação na Unidade
Proced. Solicitado:
0908050519
CID Compatível:
3
DEPARTAMENTO:
DPVA
18 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Frei de Rosende 485 Lda C
Praça da Liberdade 64017-770
Internação:

Raimundo Pereira da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável
Raimundo Pereira da Silva
Ortodontista
CRM 134970/07
Carimbo - Assinatura - Profissional - B5



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

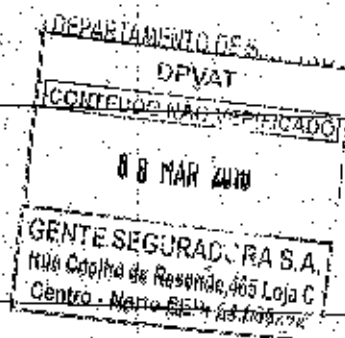
centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Helton Pereira da Silva</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura distal de fêmur</u>		
Operação - Tipo <u>Redução Cirúrgica + fixação interna com placa</u>		
Cirurgião <u>Dr. Fernando C. de Oliveira</u>	1º Assistente <u>Dr. Bruno Steire</u>	2º Assistente <u>Dr. Bruno Steire</u>
3º Assistente	Ortopedia e Traumatologia CRM: 42451 / RBO: 11438	
Instrumentador(a)	Anestesia	
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3467 - RBO 119131

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em DDH sob raqui-anestesia
- 2) Preparo Habitual
- 3) Via Lateral direta em Caso 0 com extensão até joelho
- 4) Redução Cirúrgica + fixação interna com placa DCS longa + parafusos em diáfise de fêmur distal sob radioscopia
- 5) Revisão de Hemostase
- 6) Fechamento por planos
- 7) Curativo



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA _____ / _____ / _____

NOME DO PACIENTE	Helton Pereira da Silva	PRONTUÁRIO Nº	
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:		CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA	Célia Maria	CPF Nº:	

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
UPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
18 MAR 2000
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende 485 Loja C
Centro - Fone GEP: 84.982.70

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	05		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	05		LUVA Nº 08,5	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	05		LUVA Nº 06,507	PAR	05	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	1	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.	1	
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	08	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	01		Crepon 200	05	04	
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 20	UN	03					
FITA UMBILICAL							
VICRYL 0	UN	02		ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE			

Assinatura do(a) Responsável
Assinatura do(a) Responsável
Assinatura do(a) Responsável

69142

com-f

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE Antônio Pereira da Silva	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENC-00 APT-7	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
DATA: 11/03/2006	HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/8h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h (sustentado) 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVV 8 - Clorazepate 4mg - 5mg 12/12h 9 - Clorazepate 4mg - 5mg 12/12h					

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
88 MAR 2006
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Suelma de Resende, 405 Loja C.
Centro - Maricá RJ 20.060-000

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

HUT

NOME DO PACIENTE <i>Helton Brasil da Silva</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>11.12.13</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA: <i>ASA 1</i>						
SISTEMA CIRCULATORIO: <i>Normal</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATORIO: <i>3 cigarros</i>					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINARIO		
ESTADO MENTAL				CORTICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
		<i>500</i>	<i>2000</i>	<i>0700</i>	TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					
LIQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 200					
TEMPERATURA	Cº					
P. ARTERIAL V O PULSO	mmHg					
INÍCIO E FIM ANESTESIA	X				SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	X				1. Monitorar	
RESPIRAÇÃO	O				2. P.O. condicionar	
SÍMBOLOS					3. P.O. condicionar	
					4. 15 - 40 - 40 ap	
					5. 250, 100, 100	
					6. 100, 100, 100	
					7. 100, 100, 100	
					8. 100, 100, 100	
					9. 100, 100, 100	
					10. 100, 100, 100	
					11. 100, 100, 100	
					12. 100, 100, 100	
					13. 100, 100, 100	
					14. 100, 100, 100	
					15. 100, 100, 100	
TÉCNICAS: <i>Raqui</i>					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES: <i>Fratura de fêmur D.</i>						
CIRURGIÕES: <i>Ernando</i>						
ANESTESISTAS: <i>du</i>						
PARTICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
					<i>1000</i>	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
905402695

NOME
HELTON PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR(A)
2101631 SSP PI

CPF
008.847.123-38

DATA NASCIMENTO
31/10/1983

FUNÇÃO
ANTONIO DA SILVA

SEBASTIANA PEREIRA
DOS SANTOS SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
A/B

Nº REGISTRO
04758978594

VALIDADE
11/02/2019

1ª HABILITAÇÃO
19/09/2009

OBSERVAÇÕES

Helton Pereira da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
12/02/2014

78071373140
PI313693250

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - PI (PIAII)

PROIBIDO PLASTIFICAR
905402695

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES
DPVAT
CONTEUDO NÃO VÁLIDO
18 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte GE - 64.002-10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNAMENTO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

IDENTIDADE

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

0001400



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VALIDADO

08 MAR 2010

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norta CEP: 64.092.470

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NASCIMENTO 2.212.129

DATA DE EXPIRAÇÃO 21/10/14

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

RELACIONAL

EVA MOURA DA SILVA

ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE

BARÃO DE GRAJAU-MA

DOC. ORIGINAL

18/12/1979

CERT. NASC. 39751 L 53A F 097

EXP. TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA-PI

839.502.303-00

ASSINATURA DO IMRETOR

LEI Nº 7.116 DE 26/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

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: **3180111516**

Nome do(a) Examinado(a): **HELTON PEREIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Conjunto Raimundo Portela, s/n, q 70 It 01 casa A - Promorar - Teresina - PI - CEP 64027-160

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2.101.631**

Data e local do acidente: [**06/12/2017**] **TERESINA-PIAUI**

Data e local do exame: [**27/03/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura diafisária baixa do fêmur direito(cid 10:s 72.4);

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

paciente relata ter sofrido acidente de trânsito em 06/12/17,foi submetido em 11/12/17 a osteossíntese de fratura supracondiliana do fêmur direito com placa dcs 95º e parafusos,recebeu alta hospitalar em 12/12/17;evoluindo com restrição de flexão do joelho direito em 90º;hipotrofia muscular discreta em coxa direita;

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

presença de lesão cicatricial em face lateral da coxa direita,hipotrofia muscular em coxa direita;edema leve em tornozelo direito;extensão do joelho direito completa,restrição de flexão do joelho direito em 90º;

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

[☒] Sim [☐] Não

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

[☐] Sim [☒] Não

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

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 (*).

(X) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 180 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):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 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.



Raphael Neves Bona - CRM: 2485 - PI