

Controle de docum x Audiências x Upload x PJ Consultar processo: x PJ 0810178-67.2020.8.18.0140 x Merge PDF files on x WhatsApp x

Não seguro | tjpj.pje.jus.br/lg/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=502755&ca=a7455f56825c18a995110e0...
Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE ProceComCiv 0810178-67.2020.8.18.0140
CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS...

11233466 - CONTESTAÇÃO (2740780 CONTESTACAO 03)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 10/08/2020 09:31:18

10 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO

- 11233463 - Petição
 - 11233466 - CONTESTAÇÃO (2740780 CONTESTACAO 03)
 - 11233470 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 11233473 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11233474 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11233477 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 9

2740780- CS/ 2020-02851/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

prot+pq.pdf pç.pdf prot+pq.pdf pç.pdf prot+pq.pdf pç.pdf

Exibir todos

PT 09:32 10/08/2020



10/08/2020

Número: **0810178-67.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **26/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA (AUTOR)		JUSCICLEIA DA SILVA CAVALCANTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11233 470	10/08/2020 09:31	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Camila Rodrigues Santos da Silva

RG nº 3.128.627, data de expedição 18/01/08, Órgão SSP-PI

CPF nº 048.849.683-61, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Santa Teresinha</u>
Número	<u>sinº</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bom sucesso</u>
Cidade	<u>Presidente Dutra</u>
Estado	<u>Maranhão</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(99) 8400-9367</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Presidente Dutra - MA, 03/12/2018

Assinatura do Declarante: Camila Rodrigues Santos da Silva





Conta de ME-3
XXXXXXX
Vencimento
XXXXXXX

Para atendimento,
Informe este número.

Conta Contrato

080037265853

Dados do cliente

FRANCISCA DA SILVA CAVALCANTE

IL. SANTA TEREZINHA S/Nº
RUA SIKISSO 07/000 PR. S. J. D. L. D. L.

Tipos de tarifas: (Linha) (Tarifa) (Período)

(Inscrição) (Resid.) (Básica) (Fatura)

Pendências (Resid.): R\$ 0,00

CPI: 02871207 985

Iden. Ant. 228 V

UI / Seq: 0112/0000 420

Dr. Medidor: 0000000010142963000

Fator de Potência: 0,80

Força: 220 V

Dados

Emissão

Apresentação

Previsão próxima leitura:

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX



Regularize sua situação
imediatamente tipo grau 116

Total a pagar: R\$ 180,22

Informações de tributos

Tributos Base de cálculo Alíquota (%) Valor (R\$)

ICMS

PI

COFINS

Histórico do Consumo (kWh)

Reservado ao Fisco

Período Fiscal

Número do Programa Social

Informações do consumo do mês e Tarifa sem Tributos

Consumo	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Qtd. Dias	Revolução Anet
Canal de Leitura	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Tarifa sem Tributos

Revisão de Vencimento

Informações para o cliente

836900000016 802200139003 039020152302 000372658534



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mario de Jesus Ribeiro,

RG nº _____, data de expedição 1/1/,

Órgão _____, portador do CPF nº 00291292305, com

domicílio na cidade de Esperantinópolis, no Estado de

Maranhão, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

povoado palmural, nº 5/nº

complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Miguel Rodrigues Ribeiro, cujo o condutor era

Railon Souza Ribeiro.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda CG 150 EX

Ano: 2012

Placa: 01V 3382-MA

Chassi: 9C2KC1660 CR 55 36 24

Data do Acidente: 23/09/2018

Local e Data: _____

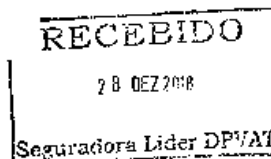
Maria de Jesus Ribeiro

Assinatura do Declarante

Railon Souza Ribeiro

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





POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA GERAL
SUPERINTENDENCIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
13ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PRESIDENTE DUTRA/MA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE JOSELÂNDIA-MA
Av. Duque de Caxias s/n, centro-joselândia-MA

BOLETIM DE OCORRENCIA N 128/NOVEMBRO/2018.

DATA DO REGISTRO: 13/11/2018
NATUREZA DA OCORRENCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO
DATA DA OCORRENCIA: 23/09/2018 AS 08:00HS
LOCAL DA OCORRENCIA: ESTRADA QUE LIGA O POVOADO CAZUZA A CIDADE DE JOSELÂNDIA-MA CIDADE:
JOSELÂNDIA ESTADO:MA

COMUNICANTE:

NOME: CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: CONVIVENTE NATURALIDADE: BOM JESUS-PI
NASCIDO EM: 06/12/1988 RG:3.128.627 CPF:048.847.683-61
FILIAÇÃO PAI: *****
FILIAÇÃO MÃE: ARLENE RODRIGUES SANTOS DA SILVA
ENDEREÇO: AVENIDA TANCREDO NEVES, S/N, CENTRO, CEP 65755-000
CIDADE: JOSELÂNDIA ESTADO:MA

VÍTIMA:

NOME: MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: BOM JESUS-PI
NASCIDO EM: 14/01/2016 RG:***** CPF:*****
FILIAÇÃO PAI: RAILON SOUZA RIBEIRO
FILIAÇÃO MÃE: CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA
ENDEREÇO: AVENIDA TANCREDO NEVES, S/N, CENTRO, CEP 65755-000
CIDADE: JOSELÂNDIA ESTADO:MA

RELATO DA OCORRENCIA

ÀS 18:00 MIN HORAS DE HOJE 13 DE NOVEMBRO DO CORRENTE ANO (2018), COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, A SRA. CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA, ACIMA DESCRITA, COMUNICANDO QUE NO DIA 23 DE SETEMBRO DE 2018, POR VOLTA DAS 08:00MIN, SEU FILHO, A CRIANÇA MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO TRAFEGAVA COM SEU GENITOR, O SENHOR RAILON DE SOUZA RIBEIRO, NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 EX, DE PLACA: OIV 3382, DE COR: PRETA, ANO/MOD: 2012/2012, CHASSI: 9C2KC1660CR553624, RENAVAM: 00495366188, REGISTRADO EM NOME DE MARIA DE JESUS RIBEIRO, VINDO DO POVOADO CAZUZA EM DIREÇÃO A CIDADE DE JOSELÂNDIA, PARA SUA CASA, ONDE RESIDE; QUE, AO DESVIAR-SE DE UM VEÍCULO ESTACIONADO NA ESTRADA, ACABOU PERDENDO O CONTROLE E VEIO AO CHÃO, FORAM SOCORRIDOS POR POPULARES, O PAI DA CRIANÇA, SENHOR RAILON SOUZA RIBEIRO, NÃO TEVE FERIMENTOS GRAVES, MAS SEU FILHO, MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO TEVE ALGUNS FERIMENTOS, FOI SOCORRIDO POR POPULARES(JUNTAMENTE COM SEU PAI) E LEVADO PARA O HOSPITAL MACRORREGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA-MA, ONDE SEGUNDO CONSTA NO RELATÓRIO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR: O PACIENTE MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO, COM PRONTUÁRIO 190974, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL EM 23/09/2018, A PEDIDO DO INTERESSADO: INFORMA QUE SOFREU ACIDENTE DE MOTO (SIC), APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM REGIÃO FRONTAL, GLASGOW 15, TCE, TRAUMA CONTUSO DA COXA DIREITA, DOR E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DO MID. FORAM REALIZADOS TODOS OS EXAMES ADMISSIONAIS QUE EVIDENCIARAM FRATURA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO. FOI ENCAMINHADO AO CENTRO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE OSTEOSSÍNTESE E REPOSIÇÃO. PROCEDIMENTO REALIZADO POR DR. JOÃO MAURÍCIO, CRM 6372. RECEBEU ALTA EM 27/09/2018, COM ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

CID-10: S 72

AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO COMUNICANTE E TESTEMUNHAS.





POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA GERAL
SUPERINTENDENCIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
13ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PRESIDENTE DUTRA/MA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE JOSELÂNDIA-MA

COMUNICANTE: Camila Rodrigues Santos da Silva

RODRIGO DANIEL ANDRADE SANTOS
INVESTIGADOR DE POLÍCIA CIVIL
MAT 2399913

JOSELÂNDIA 13 DE NOVEMBRO DE 2018.



Declaração de inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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 interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <u>Miguel Rodrigues Ribeiro</u>	CPF da Vítima	Data do Acidente <u>23/09/2018</u>
--	---------------	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <u>Camila Rodrigues Santos da Silva</u>	CPF do Representante Legal <u>048.847.683-61</u>
E-mail	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder 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 signifi ca prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Presidente Dutra 03 de dezembro de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Autorização de pagamento



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
		Miguel Rodrigues Ribeiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Camila Rodrigues Santos da Silva	048.847.683-61	Lavadeira	
Endereço	Número	Complemento	
Rua Santa Teresinha	514		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Bom Sucesso	Presidente Dutra	Maranhão	
Email	Telefone (DDD)		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
☐ 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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO	
AGÊNCIA N°		N°	
0767			
DIV		DIV	
013			
CONTA N°		CONTA N°	
122.349			
DIV		DIV	
9			
(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.

P. Dutra, 03 de Dezembro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
	X Camila Rodrigues Santos da Silva

FAPPE.001 V001/2017





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, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190019857

Vítima: MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00205/00206 - carta_16 - INVALIDEZ

00030103



Carta nº 14571451





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, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190019857

Vítima: MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA

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

Carta nº 13824095





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, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190019857

Vítima: MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA

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

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01499/01500 - carta_03 - INVALIDEZ

00050750



Carta nº 13825035



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007815/19

Vítima: MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

CPF: 048.847.683-61

CPF de: Representante

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: CAMILA RODRIGUES
SANTOS DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA : 048.847.683-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2019
Nome: CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA
CPF: 048.847.683-61

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA

JULIANA MARQUES RODRIGUES



SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

DATA DO ACIDENTE 23.09.2018 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF _____

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 - ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
 - ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
 - ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
 - ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 - ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 - ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECIAIS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial (reconhecendo a união estável) (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de separação de fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheira(e), e o cônjuge
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHOS(A))
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) CAMILA RODRIGUES SAUTOS DA SILVA

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☒ Representante Legal - CPF do portador 04884768361
E-mail WIKELIPICUALCOUTINHO@YAHOO.COM.BR Tel: 49 98400-9267
Data 19/10/18 Assinatura _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC POSESSENTE DUTRA - MA
Atendente EDNAN SOARES COUTINHO Matrícula 8.374.227
Data: 19/10/18 Assinatura: Ednan Soares Coutinho

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular 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 Camila Rodrigues Santos da Silva inscrita (a) no CPF/CNPJ 048.847.688 / 61 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Miguel Rodrigues Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº / , do sinistro de DPVAT cobertura da Vítima Miguel Rodrigues Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº / , conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Logística Renda: não tem renda e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>R. Santa Terezinha</u>			
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Bom Sucesso</u>	<u>Presidente Dutra</u>	<u>MA</u>	<u>048.847.688-61</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)	
		<u>9998409369</u>	

P. Dutra 03 de Dezembro de 2018
Local e Data

Camila Rodrigues Santos da Silva
Assinatura do Declarante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007815/19

Vítima: MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

CPF: 048.847.683-61

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA

CPF de: Representante

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA : 048.847.683-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2019
Nome: CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA
CPF: 048.847.683-61

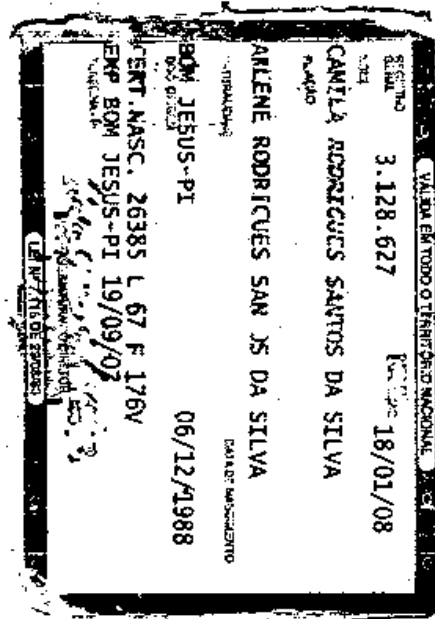
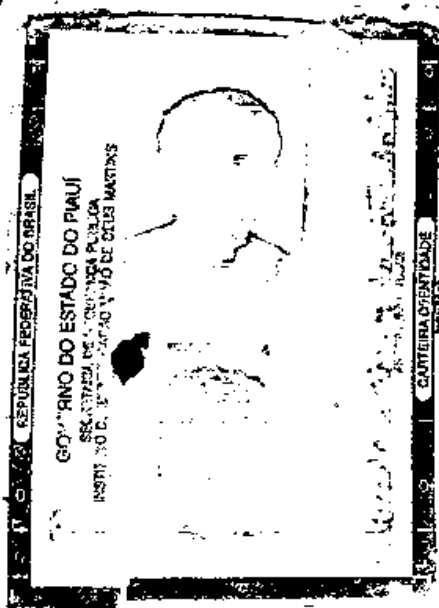
CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES







Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME

MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

MATRÍCULA

077925 01 55 2016 1 00076 234 0031094- 27

(LIVRO A: 76 TERMO: 31094 FOLHA: 234)

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO			DIÁ	MÊS	ANO
QUATORZE DO MÊS DE JANEIRO DO ANO DE DOIS MIL E DEZESSEIS			14	01	2016
HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO					
16:10		BOM JESUS-PI			
MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO			LOCAL DE NASCIMENTO		SEXO
BOM JESUS-PI			HOSPITAL "SOUSA SANTOS" NESTA CIDADE		MASCULINO
FILIAÇÃO					
CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA RAILON SOUZA RIBEIRO					
AVÓS					
ARLENE RODRIGUES SANTOS DA SILVA FRANCINETE DA SILVA SOUZA REGINALDO RIBEIRO					
GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)					
NÃO		SEM INFORMAÇÃO			
DATA DO REGISTRO POR EXTENSO			Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO VIVO		
VINTE E CINCO DO MÊS DE FEVEREIRO DO ANO DE DOIS MIL E DEZESSEIS			30697205586		
OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES					
SEM INFORMAÇÃO					

NOME DO OFÍCIO: 2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL
OFICIAL(A): IVONE FELÍCIO BORGES PIAULINO
MUNICÍPIO: BOM JESUS-PI
ENDEREÇO: RUA TABELIÃO RAIMUNDO JOSÉ ROCHA Nº 576A CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data e local: BOM JESUS, PI, 25 de Fevereiro de 2016.

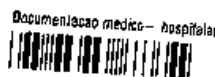
Michela Maia Carneiro
Assinatura do Oficial
Michela Maia Carneiro
Escriturante



ARPENBRASIL AA 000646306 BRP



**HOSPITAL MACRORREGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE
PRESIDENTE DUTRA-MA**



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

O paciente **Miguel Rodrigues Ribeiro**, com nº de prontuário **190974**, deu entrada neste hospital em 23/09/2018, a pedido do interessado: informa que sofreu acidente de moto (SIC), apresentando escoriações em região frontal, glasgow 15, TCE, trauma contuso da coxa direita, dor e impotência funcional do MID. Foram realizados todos os exames admissionais que evidenciaram fratura diáfise do fêmur direito.

Foi encaminhado ao centro cirúrgico para realização de osteossíntese e reposicionamento. Procedimento realizado por Dr. João Maurício, CRM 6372.

Recebeu alta em 27/09/2018, com orientação para acompanhamento ambulatorial.

CID-10: S 72

Presidente Dutra - MA, 28/09/2018.

Sérgio Augusto S. Pineda Moreira
Diretor Clínico
CRM - 9840
H.M.U.E.P.D.

Rua Honorato Gomes, S/N - Centro
CEP: 65760-000

Presidente Dutra-MA



HOSPITAL MACROREGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA - MA

Nº PRONT.
190974

GUIA DE ATENDIMENTO

11:02:59

23/09/2018

MÉDICO

Alta 27/09/18

DADOS DO PACIENTE

NOME MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

DN 14/01/2016 ID 2 SUS 898 0049 4685 0629

EST. CIVIL SOLTEIRO

PAI RAILON DE SOUSA RIBEIRO

COR PARDA

SEXO M

MÃE CAMILA RODRIGUE SANTOS DA SILVA

TEL

N/INFORMADO

ENDEREÇO POV. SERRINHA

BAIRRO ZONA RURAL

CIDADE JOSELÂNDIA

NATURALIDADE BOM JESUS-PI

Resp.

Camilo Rodrigues Santos da Silva

Ass. Recepcionista:

Francineia

Nível de consciência:

Acordado

Escala de dor:

Doenças pré-existentes:

Queixa:

Queda de moto

Medicamentos em uso:

Alergias:

Avaliação:

Obs.:

Peso Aprox.:

P.A.:

F.C.:

TEMP.:

SAT O2:

HGT:

Classificação de Risco:

☒ AZUL

☐ VERDE

☐ AMARELO

☐ VERMELHO

ENFERMEIRO:

CURATIVO

SUTURA

IMOBILIZAÇÃO:

MS

MI

PARACENTESE ABDOMINAL

TAMPONAMENTO NASAL

RETIRADA DE FIXADOR

RETIRADA DE FIO DE KIRSCHNER

Queixa de 2 dias vítima de acidente de moto. Escorregou jogando para trás. Idade 15. Aumento volumoso na coxa D.

@AS - Avaliação por Cirurgião Ortopedia Neurocirurgia

- HC. Grupo Sanguíneo e Rh, 252

- El. P. de Abdomen Total - Rx Simplex Abdominal

- CT de Crânio

Criado por Ruan Arthúrgio - Tec. Informática - @TECH



Pelo corpo geral:

Porém nota ótimo de quando de ruído
hoje 6h. No momento ativo, reativo
e contínuo. Amplitude moderada
flocos e móbis. Maior US (Lento
do no movimento).

Ed: no momento sem contato
pelo corpo geral



NCE

Quarta-feira 4/11/20

Atividade - normal

10. Alta da VERO

Sergio L. V. Fernandes
NEUROLOGIA
CRM-MG: 8883





ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL MACROREGIONAL DE PRESIDENTE DUTRA



AVISO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: *Miguel Rodrigues Ribeiro*

CONDIÇÕES	TIPO	ÓBITO
☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Estacionado ☐ Outros *	☒ Decisão Médica ☐ A Pedido ☐ Por Indisciplina ☒ Para Tratamento Ambulatório ☐ Transferência p/ Outro Ambulatório ☐ Vale só p/ Diagnóstico ☐ Outros *	☐ S/ Tratamento ☐ Decurso Tratamento Clínico ☐ Operatório ☐ Pós-Operatório (12 h) ☐ Pós-Operatório (24 h) ☐ Pós-Operatório (1ª Semana) ☐ Pós-Operatório (Até 40 dias) ☐ Outros *
*ESPECIFICAR AQUI	*ESPECIFICAR AQUI	*ESPECIFICAR AQUI

Data: *24.04.2018*

Dr. João Maurício
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 4557 / CRM-MA: 9372

Carimbo e Assinatura do Médico



FOLHA DE SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: <i>Miguel Roberto Ribeiro</i>				Nº DO PRONTUÁRIO	
Sexo:	Cor	Idade	Estado Civil	Profissão	
Clínica			Médico Assistente		

DIAGNÓSTICO		
Provisório		
Principal <i>osteomielite femur D</i>		
Acessórios Complicações	"Causa Mortis"	Histo-Pathológico
Sintomas e Sinais Principais		

TRATAMENTO			
TIPO	TERAPÉUTICA	OPERAÇÃO	EFICÁCIA
☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirúrgico ☐ Médico Cirúrgico		Principal	☒ Eficaz ☐ Ineficaz ☐ Prejudicial ☐ Não Avaliado
		Acessórios	
DURAÇÃO			
Data da Internação	Data da Alta	Data de Hospitalização	

CONDIÇÕES	TIPO	ÓBITO
☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Estacionado ☐ Outros*	☒ Decisão Médica ☐ A Pedido ☐ Por Indisciplina ☒ Para Tratamento Ambulatório ☐ Transferência p/ outro Hospital ☐ Vale só p/ Diagnóstico ☐ Outros*	☐ S/Tratamento ☐ Decurso Tra. Clínico ☐ Operatório ☐ Pós-Operatório (12hs) ☐ Pós-Operatório (24 hs) ☐ Pós-Operatório (1ª Semana) ☐ Pós-Operatório (Até 40 dias) ☐ Outros*
*ESPECIFICAR AQUI	*ESPECIFICAR AQUI	* ESPECIFICAR AQUI *

<i>24/09/98</i> Data	<i>Dr. João Maurício</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PI: 6567 / CRM-MA: 6372 Ass. do Médico
-------------------------	--

