

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180296456**
Vitima: **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA**
Data do Acidente: **09/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180296456**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Sinistro: 3180296456

Vítima: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 09/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180296456** 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, 26 de Julho de 2018

Carta nº: 13148577

A/C: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180296456
Vítima: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA
Data do Acidente: 09/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 000000091796-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180296456**
Vitima: **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA**
Data do Acidente: **09/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180296456**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180296456**

Vitima: **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA**

Data do Acidente: **09/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180296456**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	034.352.493-74	Teresinha de Jesus Soares da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular de conta	Profissão
Teresinha de Jesus Soares da Silva		034.352.493-74	meuse
Endereço		Número	Complemento
Rameda Domingos Mauro mapeense		6267 B	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
mapeense	Teresina	Piauí	64064-770
E-mail			Telefone (DDD)
			(86) 9457-4824

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (343)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV	BANCO Nome	NRO	AGÊNCIA NRO.	DV
3989		0130000000001796-9					
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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.

Teresina 13 de junho de 2018
Local e Data

RECEBIDO
DE SEGUROS

28 JUN 2018

DPVAT

Teresinha de Jesus Soares da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180296456
Nome do(a) Examinado(a): Teresinha de Jesus Soares da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Alameda Domingos Afonso Mafrense, 6267
Mafrense Teresina PI CEP: 64004-770
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2726654
Data local do acidente: [09/07/2017]
Data local do exame: [17/07/2018] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL DIREITA

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

Tratamento: OSTEOSINTESE COM IMOBILIZADOR EXTERNO

Complicações: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO E TORNOZELO DIREITO(MEMBRO INFERIOR DIREITO)

Data da Alta: 09/09/2017

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

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO DIREITO AO DEAMBULAR, COM CREPITAÇÃO AOS MOVIMENTOS, COM INSTABILIDADE, DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO, APRESENTANDO EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE DEAMBULAR SEM MULETAS OU CADEIRA DE RODAS, APRESENTANDO LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO EM 20 GRAU DO JOELHO DIREITO

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

(X) Sim () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DOR EM JOELHO DIREITO AO DEAMBULAR, COM CREPITAÇÃO AOS MOVIMENTOS, COM INSTABILIDADE, DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO, APRESENTANDO EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE DEAMBULAR SEM MULETAS OU CADEIRA DE RODAS, APRESENTANDO LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO EM 20 GRAU DO JOELHO DIREITO.

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 o 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 seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% 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):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001906/2018-47

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 12/06/2018 - 11:26

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

09/07/2017 - 02:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

MAFRENSE

Endereço

RUA TEODORO C. BRANCO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2726654 SSP PI

Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES DA SILVA

Endereço: RUA DES. FLAVIO FURTADO, Nº 870

Bairro: POTI VELHO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A PISTA. QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA. FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT. (PRONT. 69380). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio
Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA
TERESINHA DE JESUS SOARES 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 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

Teresinha de Jesus Soares da Silva

CPF da Vítima

034.352.493-74

Data do Acidente

09.07.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

(06) 9457-4824

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 significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Teresinha 13 de junho de 2018
Local e Data

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 JUN 2018

DPVAT

Teresinha de Jesus Soares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Dados do Chamado	01 N° do chamado 1332	02 Data do chamado 08/07/19	03 PRO (código) 2884	04 Saída do PA	05 Chegada ao local 02:37
	06 Saída do local 03:11	07 Chegada ao 1º hospital 03:06	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço R. Teodoro C. Branco 101	11 Bairro Mangueira		12 Município-UF	Código IBGE
	13 Ponto de referência Horizonte				
Dados do Paciente	14 Nome Terezinha de Jesus Soares de Silva	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	16 Idade 36		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? Sim + 2 - Não 9 - Ignorado		18 Tipo de ocorrência		
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 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
	28 JUN 2018				
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 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 122 Resp 18 PA 120/80 TAX 28 SatO2 98	25 Local da lesão 			
	26 Pupilas <input type="checkbox"/> 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 29 Dor <input type="checkbox"/> ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Muito Intensa 5 - Insuportável 6 - Inimaginável 7 - Incompreensível 8 - Inconcebível 9 - Inimaginável 10 - Incompreensível 30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>				
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>				
	32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 3: 3 - Alterado 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Alterado 34 Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/> Não Removido <input type="checkbox"/>				
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar Apresenta escoriações, lesões em membros inferiores. Referir dor em M.I.				
	Responsável pela recepção: Socorristas Médico: AE/TE: Enfermeiro Conductor:				

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: 19/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000091796-9

Nr. da Autenticação 9EF81F55AEBD6932

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ/PA

Nº da Nota Fiscal 000719376

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2017	26/12/2017	283	263,23

MARIA DO ESPIRITO SANTO MEDEIROS E SILVA SOUSA
R. JEAN LE LUNNES 1185 MAFRENSE
CPF: 00035164093391

CEP: 00.000-004 - TERESINA

ROT: 12.001.35.53.143420

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	2889	Atual:	18/12/2017
Anterior:	2606	Anterior:	17/11/2017
Coeficiente de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	18/01/2018
Consumo Medido:	283	Emissão:	18/12/2017
Consumo Proprietário:	283	Apresentação:	18/12/2017

Forma de Pagamento: NORMAL	Código de Integridade:	Dias de Consumo:
----------------------------	------------------------	------------------

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	431631		1.1.1.1	156

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
NOV/17 160	CONSUMO 283 A R\$ 0,845143 = 238,60
OUT/17 186	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 20,12
SET/17 169	CORRECAO MONETARIA IG 10/17-00 0,57
AGO/17 158	MULTA POR ATRASO 10/17-00 2,72
JUL/17 159	JUROS DE MORA DE IMPO 10/17-00 1,22
JUN/17 152	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 10,84
MAI/17 132	
ABR/17 114	
MAR/17 152	
FEV/17 175	

TARIFA SEX TRIBUTOS:
B A 253 - 0,592477



MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
12/2017	141,11
<p>LIGUE 0800 056 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25</p> <p>Esta fatura poderá ser parcelada conforme Artigo 113, parágrafo primeiro da Resolução ANEEL 414/2010.</p>	

RESERVADO AO FISCO 83DE.9F66.2E28.FBF1.88D4.54A5.3F5A.7DDB

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	47,85	Base de Cálculo:	238,60
Energia:	91,01	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	14,31	Valor do ICMS:	59,65
Encargos:	14,50	Valor do PIS:	2,00
Tributos:	70,93	Valor do COFINS:	9,28

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICB
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	4,95	9,91	19,82	3,17	6,35	12,70	2,77	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESTINA - MARQUÊS					Período de aplicação	3/2017	EUSO: 5.1.10

Conjunta	TERESINA-MARQUES	Período de apuração	10/2017	EURO:	51,40
----------	------------------	---------------------	---------	-------	-------

ROT: 12.001.35.53.143420



193

DADOS DO CLIENTE

MORADOR: LUIS DOS SANTOS SILVA

RUA ALAMEDA DOMINGOS AFONSO MAFRENSE, 6267B-B-MAFRENSE-
TERESINA-PI-cep:64004770

MATRÍCULA: 13575449-6

GRUPO: 6

LOCALIZAÇÃO: 006-00046-000140

HIDRÔMETRO: A14F261644

ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial Normal

HISTÓRICO DE CONSUMO

Referência	Tipo	Leitura	Lido	Faturado	Data
09/2017	Mínimo	130	6	10	
10/2017	Mínimo	134	4	10	
11/2017	Mínimo	141	7	10	
12/2017	Lido	163	22	22	
01/2018	Mínimo	164	1	10	
02/2018 (Anterior)	Lido	175	11	11	08/02/2018
03/2018 (Atual)	Lido	187	12	12	12/03/2018

Dias de Consumo: 32

Média Consumo Diário (m³): 0,2500

Média Consumo Mensal (m³): 8

FATURAS PENDENTES

Referência	Vencimento	Valor (R\$)
02/2018	26/02/2018	32,47
12/2017	26/12/2017	87,41
08/2017	23/08/2017	26,03

DESCRIÇÃO DOS ITENS FATURADOS

	Valor (R\$)
VALOR REFERENTE AGUA - 36,39	
> Residencial Normal	12m³ 36,39
JUROS POR ATRASO	01/2018 0,26
MULTA POR ATRASO	01/2018 0,53

PS CORRETO
DE SEGUROS

03 JUL 2018

Demais Lançamentos

0,00

TOTAL A PAGAR

37,18

DPVAT

MENSAGEM

Conforme Art. 2º da Lei 12.741 de 08/12/2012, informamos que sobre o valor da fatura incide os seguinte tributos: PIS e COFINS.

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 3 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

LEI 12.741/2012

PIS/PASEP = 37,18 * 1,65% = 0,61

COFINS = 37,18 * 7,60% = 2,82

*** NOTIFICAÇÃO ***

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art.6, §3, inciso II.

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIAMÉD	VALOR PERMITIDO
Coro Livre	3.623	3.458	164	1,12	0,22-5,03 mg/L
Cor Aparente	2.923	2.534	389	7,03	Inferior a 15,00
T	3.633	3.233	405	6,45	6,00-9,50
Opacidade	3.614	3.051	563	2,88	Inferior a 5,00
Alumínio To	574	554	20	Ausência	Ausente

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIAMÉD	VALOR PERMITIDO
Escherichia Col	574	574	0	Ausência	Ausente

O pagamento desta fatura após o vencimento implicará em aplicação de multas e juros que serão cobrados na próxima fatura.

guas de
resina

FATURA DO MÊS

FATURA: 03/2018 Nº 150735892

NOME: LUIS DOS SANTOS SILVA

MATRÍCULA: 13575449-6

VENCIMENTO: 26/03/2018

VALOR (R\$): 37,18

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



2018 150735892-01-0001-04 9

Alta

parado por



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 69390

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 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

News on
Oortopella
Cis. Gerol

REF: 25/07/2017 03:22:47

User: XARCOS@RTALD

Psychosoc; ACR: 2)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

DADOS DO PACIENTE:		Prontuário:	69390
Nome: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA			
Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES DA SILVA	Pai: IGNORADO		
End.Resid.: AVENIDA BOA ESPERANÇA 170 - POTY VELHO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 12/12/1983	Idade: 33a:7m:27d	Sexo: Feminino	Fone: 86- 8821-2618
Responsável: MARIA DE FATIMA SOARES DA SILVA		CNS: 703303225765210	
Profissão: DOLAR	Documento: RG: 2706651 - SSP		
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Solteira		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:			
Código: 615233	Data: 09/07/2017 03:08:42	Condução: VOLUNTARIA	Convênio: J S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)			
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: 9C99

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:		Destino:	Classificação:
<u>Sinal/Sintoma:</u> TRAUMA MAIOR	<u>Evento Principal:</u> Dor moderada	CIRURGIÃO GERAL	Amarelo
<u>Breve História:</u> Pedestre foi atropelada por moto. Relata cefaleia e tontura. Apresenta tremores nos braços e desorientação. Hematoma na região do QID e sangramento na perna L.		Profissional Clas. Risco: MARCOS ANTONIO DE ARAUJO CRESS 071028 EC 19/07/2017 03:27:17	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente sofreu acidente motorcyclístico há ~~uma~~ ^{alguma} hora, vomitou, desmaiou, estava com capote. A: Pa. Aérea pérvia; B: ausculta pulmonar normal; C: ^{normal} ~~normal~~ hemodinamicamente abdum flácido; D: ^{normal} ~~normal~~ glagor B; E: Apresenta ^{na abd} ~~na abd~~ escoriações, fratura em M.D. Pulso cheio; Pupilas isocóricas, fotovogentes e Paciente ingeriu bebida alcoólica e fez uso de diazepam Pulso periférico presente

PA <u>140</u> x <u>100</u> mmHg	Pulso: _____	FC: <u>133</u> bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: _____			

CONDUTA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:


CONDUTA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado US de Abdômen Total; Tórax, Raiu-X de

Solicitado XC de Bônio

28 JUN 2018

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: 		
DATA: / /	HORA: : :	Procedimento 010

Ximenes de Lima
Assinatura Paciente ou Responsável

Tiago Macêdo
 MÉDICO —
 CRM-PI: 5683 R

ASSISTANT:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestésia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Procedimento de ressecção de tumor no colo do útero e anexos direitos e esquerdos com preservação da bexiga e do reto. Realizada a dissecação e a ressecção das estruturas citadas, com preservação da bexiga e do reto. Realizada a anastomose entre o reto e o colo do útero. Realizada a sutura da parede abdominal e da parede torácica.





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18/07/2017

NOME DO PACIENTE: <u>Teresinha de Jesus S. da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>69390</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Yolk</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr. Sam</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Ricardo Volery</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Bea</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Liquimbe</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML			PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Cupom</u>	<u>unil</u>	<u>02</u>	
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							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Ludis</u>			
PROLENE							



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tilo 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA** (Prontuário: 69390)
Endereço: AVENIDA BOA ESPERANÇA 170 - POTY VELHO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/12/1983 Idade: 33a:7m:27d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 615233
Requisição: 756500 Solicitação: 09/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 94DB17 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 09/07/2017

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, apresentando leve aumento difuso da ecogenicidade parenquimatosa.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, contendo imagens de cálculos em seu interior, medindo até 0,8 cm.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Esteatose hepática difusa leve.
2. Colelitíase.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

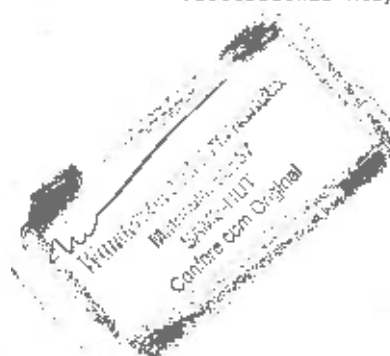
(DANIEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/07/2017

DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE

CPF: 586.189.643-34 CRM 3389

Profissional Responsável





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Wesley de Jesus Costa de SO</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Yung - vertebra L5/S1</i>		
Operação - Tipo <i>Proteção Yung</i>		
Cirurgião	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>09/07/14</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Realizada a cirurgia de proteção Yung na vertebra L5/S1, com colocação de placa e parafusos, drenagem e fechamento da ferida.

Dr. Ricardo Valentes
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12345 - TBU 12345



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09 / 07 / 04

NOME DO PACIENTE: <u>Tereza de Jesus S.</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>69320</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Gravidez de 34 semanas</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>raqui</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Ricardo Dr. Ricardo Valença</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>caio</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Valéria</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	-	-	LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	-
AGULHA 30X8	UNID.	01	-	LUVA Nº 8.5	PAR	01	-
AGULHA 40X12	UNID.	01	-	LUVA Nº 6.5	PAR	02	-
AGULHA RAQUE	UNID.	01	-	LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	-
ALCOOL 70%	ML	300	-	PVPI DE GERMANTE	ML	300	-
ALGODÃO	BOLA	-	-	PVPI TÓPICO	ML	300	-
ÁGUA OXIGENADA	ML	-	-	PVPI TINTURA	ML	-	-
COMPRESSA	PAC.	04	-	SERINGA 20CC	UNID.	-	-
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-	-	SERINGA 10CC	UNID.	01	-
ESPARADRAPO	CM	60	-	SERINGA 5CC	UNID.	01	-
SCALPE Nº	UNID.	-	-	SERINGA 3CC	UNID.	-	-
FORMOL	ML	-	-	SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	-
GASES	PAC.	05	-	SONDA URETRAL	UNID.	-	-
JELCO Nº	UNID.	-	-	cateter 05 uid	-	-	-
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	-	-	-
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	-	-	-	cateter de aspir: 02	-	-	-
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	-	-	-	-	-	-	-
CAT. GUT. CROMADO C/AG	-	-	-	-	-	-	-
CAT. GUT. CROMADO S/AG	-	-	-	-	-	-	-
ALCOFIL	-	-	-	-	-	-	-
MONONYLON 2-0	01	-	-	-	-	-	-
FITA UMBILICAL	-	-	-	-	-	-	-
VICRYL	-	-	-	ENFERMARIA:	-	-	-
PROLENE	-	-	-	CIRCULANTE:	-	-	-

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE										Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE Teresinha de Jesus S. de Silva											
DATA: 09/07/17	P. ARTERIAL 130x50	PULSO 120	RESPIRAÇÃO 19	TEMPERATURA	PESO	ALTURA					
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA					
EXAMES DE URINA											
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA Pct com sinais de liberação alveolar										ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO										ASMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO										BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO										SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL										CORTICÓIDES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura exposta de tíbia										ATARÁXICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)										OUTROS	
										FÍSICOS	
										EFEITOS	
										TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO								Neopreno 15g morfina 40g	
LÍQUIDOS		SOLITO 500 SANGUE 300 OUTROS 100									
TEMPERATURA T		260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10									
P. ARTERIAL V O PULSO		38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10									
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		11:00 11:30									
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		11:30 12:00									
RESPIRAÇÃO O		120 10									
SÍMBOLOS										DURAÇÃO	
TÉCNICAS Rapier										INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES nat. de fratura exposta de tíbia											
CIRURGIÕES Picenda											
ANESTESISTAS Cao											
PARTICULARIDADES										CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

LAUDO MÉDICO


FU CORRETORES
DE SEGUROS

28 JUN 2018

DPVAT

Atesto que paciente **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA** apresenta patologia classificada pelo CID-10: S822/ M842/ M245/ M191, caracterizando múltiplas fraturas pós-acidente, tendo sido operada, apresenta limitação funcional e impotência de joelho direito de 90%.

THE, 25/06/2018


Dr. Glaucson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2175 / RCD 10604

Clínica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-PI • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 SET 2018

DPVAT

LAUDO MÉDICO

Atesto que **PACIENTE**
TERESINHA DE JESUS SOARES
DA SILVA apresenta patologia
classificada pelo CID-10: S822/
M625/ M245/ M191, tendo sido
operada, caracterizando limitação
funcional em perna direita de 80%.

THE, 04/09/2018

[Assinatura]
Dr. Glauco Nascimento
Ortopedia - Traumatologia
204-01 2775 / 2407 10604

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

CORRETORA
DE SEGUROS

04 OUT 2018

LAUDO MÉDICO

DPVAT

Atesto que paciente
**TERESINHA DE JESUS SOARES DA
SILVA**, vítima de acidente de trânsito,
apresenta sequela de fratura de tíbia
direita cominutiva, tendo sido operada,
apresenta limitação funcional em perna
direita de 80%.

CID-10: S822/ M625/ M245/ M191

THE, 02/10/2018

Dr. Glaucio Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PR 2173 / RPPR 1993

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.726.654 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/06/18

NOME TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

RELACÃO MARIA DE FÁTIMA SOARES DA SILVA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 12/12/1983

DOC. ORDEM CERT.NASC. 67082 L 72A F 273

CPF EXP TERESINA-PI. 28/05/18

1303217

LEI Nº 7.118 DE 22/06/83 - DECRETO Nº 82.400/80

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

1303217

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 JUN 2018

DPVAT

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **034.352.493-74**Nome: **TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA**Data Nascimento: **12/12/1983**Situação Cadastral: **REGULAR**Data de Inscrição no CPF: **15/03/2006**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **11:42:27** do dia **25/06/2018** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **C21E.DB85.8BE7.83D8**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Terésinha de Jesus Soares da Silva

DATA DO ACIDENTE 09.03.17 CPF DA VITIMA 034.352.443.74

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO a mesma

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR vitima ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA É Terésinha de Jesus Soares da Silva

ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Domingos Afonso no Aterro

Nº 6267 COMPLEMENTO BAIRRO Macaureia

CIDADE Teresina UF PI CEP 64004-720

E-MAIL TEPEVIA TELEFONE (86) 988657066

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ Cópia DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ LAUDO DO INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ Impossibilidade de APRESENTAR O LAUDO DO INIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL) ASSINADA PELO VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE AILINDAÇÃO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ FATOR ZCÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO Cópia DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

ORIGINAL

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ Cópia DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ Cópia DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INCLUINDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIAS, ACQUINHADOS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO Cópia DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ Cópia DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE = R\$ 13.500,00

* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28.04.18

DATA

IDENTIDADE 2736654550-05

NOME

ASSINATURA Terésinha de Jesus Soares da Silva

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DO DOCUMENTO NA SEGURADORA

PJ CORRETOIA

28 JUN 2018

DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231700/18

Número do Sinistro: 3180296456

Vítima: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

CPF: 034.352.493-74

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/07/2017

Titular do CPF: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 04/10/2018
Nome: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA
CPF: 034.352.493-74

TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180296456 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TERESINHA DE JESUS SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 09/07/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL DIREITA

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO DIREITO AO DEAMBULAR, COM CREPITAÇÃO AOS MOVIMENTOS, COM INSTABILIDADE, DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO, APRESENTANDO EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE DEAMBULAR SEM MULETAS OU CADEIRA DE RODAS, APRESENTANDO LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO EM 20 GRAU DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: PSEUDOARTROSE NA DIAFISE DA TIBIA DIREITA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba