

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ERISNALDA PEREIRA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180449851**

Vitima: **FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA**

Data do Acidente: **20/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180449851**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência ilegível
- Documentos de identificação 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

Carta nº 13412574



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ERISNALDA PEREIRA SANTOS**

Sinistro: **3180449851**

Vítima: **FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA**

Data do Acidente: **20/03/2018**

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 3180449851** 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, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ERISNALDA PEREIRA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180449851**

Vitima: **FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA**

Data do Acidente: **20/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180449851**, 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

Carta nº 13550858



Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180449851

Vítima: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

Data do Acidente: 20/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERISNALDA PEREIRA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ERISNALDA PEREIRA SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000001607**

Conta: **000004499-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 ASE	CPF da Vítima 074.197.983-70	Nome completo da vítima Francisco Gabriel Soares Pereira
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Eusnaldo Pereira Santos	CPF titular da conta	Profissão Recurso
Endereço Rua São Francisco	Número 1328	Complemento
Bairro Alto da Ressurreição	Cidade Caruaru	Estado Pernambuco
E-mail	CEP 64090-380	Telefone (DDD) (86) 99997-0660

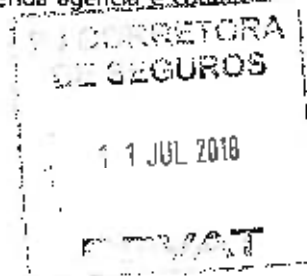
Declaro, sob as penas da Lei, para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO 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) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1607 D/V 1 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome Caruaru NRO. 1 AGÊNCIA NRO. 1607 D/V 1 (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.

Caruaru 12 de Junho de 2018
Local e Data



Eusnaldo Pereira Santos Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
Francisco Gabriel Soares Pereira Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

10/06/2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001818/2018-45



Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO (resp. pelo Reg. Inf.)

Documento de Ocorrência nº 100203.001818/2018-45

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

20/03/2018 - 17:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL DO DIRCEU, Nº:

Complemento

Bairro

ALTO DA RESSURREIÇÃO

Ponto de Referência

PRAÇA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCOS ANTONIO SOARES DOS REIS

RG: 1067576 - PI

Mãe: MARIA ANTONIETA DOS REIS

Endereço: RUA ESPERANÇA, Nº 1328

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8448-2937

Nome: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

RG: 3991402 - PI

Mãe: ESRISNALDA PEREIRA SANTOS

Pai: MARCOS FRANCISCO SOARES DOS REIS

Endereço: RUA ESPERANÇA, Nº 1328

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 TITAN EX, PLACA PIG-3995-PI, COR BRANCA, RENAVAM 01195007644, PROP. DE RAIMUNDO KENEDY OLIVEIRA DOS SANTOS, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO AV. JOAQUIM NELSON, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAINDO EM SEQUIDA. A VITIMA FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA, FILHO DO NOTICIANTE, ERA PASSAGEIRO DA MOTO E FOI SOCORRIDO PELO PRÓPRIO NOTICIANTE E LEVADO PARA A UPA. DEPOIS DEU ENTRADA NO HUI. (PRONT. 462591). TESTEMUNHA: ANDRÉ LUIZ DE SOUZA, Nº 100203.001818/2018-45, BR-343, KM 12, POVOADO ATALAIA. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

MARCOS ANTONIO SOARES DOS REIS - Noticiante
Responsável pela informação

Delegacia 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

Francisco Gabriel Soares Lima

CPF da Vítima

074197983-70

Data do Acidente

20/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 99997-0660

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.

Belem *12* de *Junho* de *2018*
Local e Data

AGÊNCIA CORRETORA
DE SEGUROS

11 JUL 2018

Erismalda Pereira Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 Francisco Gabriel Soares Lima CPF da Vítima 074197983-70 Data do Acidente 30/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD) (86) 99997-0660

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.

Belem 12 de Junho de 2018
Local e Data

AG. CORRETORA
DE SEGUROS

11 JUL 2018

Erismalda Pereira Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 61020

AIH: 2218100156228

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA

NASCIMENTO

16/11/2003

SEXO

M

PRONTUÁRIO

462591

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

ERISNALDA PEREIRA DOS SANTOS

RESPONSÁVEL

FRANCISCO GABRIEL

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

1328

BAIRRO

ALTO DA RESSURREIÇÃO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM OMBRO ESQ.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

DOR + EDEMA + DEFICIT MOTOR, NECESSITA DE CIRURGIA.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX E AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPÉDIA TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO (Nº DO CONSELHO))

ARTUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CPF: 64384314333

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
20/03/2018

DATA ADMISSÃO
20/03/2018 17:47

DATA ALTA
23/03/2018 09:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNPJ EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO))

HENRIQUE ALMEIDA FILHO
CPF: 05300901334

CRM:

DATA ANÁLISE: 20/03/2018 18:39:42

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 61020

AIH: 2218100156228

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA

NASCIMENTO

16/11/2003

SEXO

M

PRONTUÁRIO

462591

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

ERISNALDA PEREIRA DOS SANTOS

RESPONSÁVEL

FRANCISCO GABRIEL

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

1328

BAIRRO

ALTO DA RESSURREIÇÃO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM OMBRO ESQ.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

DOR + EDEMA + DEFICIT MOTOR, NECESSITA DE CIRURGIA.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX E AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPÉDIA TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO (Nº DO CONSELHO))

ARTUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CPF: 64384314333

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

20/03/2018

DATA ADMISSÃO
20/03/2018 17:47

DATA ALTA
23/03/2018 09:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNPJ EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO))

HENRIQUE ALMEIDA FILHO
CPF: 05300901334

CRM:

DATA ANÁLISE: 20/03/2018 18:39:42

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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: 11/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERISNALDA PEREIRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000004499-1

Nr. da Autenticação 31104AE9E5E4FEDA

SENHA/CONTRASENHA: CESAR V. DE SOUSA
MORADOR:
RUA SÃO FRANCISCO N. 61328 GURUPI,
TERESINA PI - CEP: 64000-000

Localização:
017-00000-001915

Grupo: 017 **NÚMERO DO SUBMÉDIO:** ADSN: 151782

PERÍODO DE CONSUMO:
MÊS/ANO 04/2018 **UNID:** m³ **VALOR:** 31,45

CONSUMO EM CONFORMIDADE: (Normal)

CONSUMO ANTERIOR: 26/05/2018 **VALOR:** 788

CONSUMO ATUAL: 07/06/2018 **VALOR:** 31,45

SUBSIDIO DE SERVIÇOS:

REFERENCIAL: 31,45 **VALOR:** 31,45

REFERENCIAL: 11,0 m³ **VALOR:** 31,45

REFERENCIAL: 31,45

REGULARIDADES / ANORMALIDADES:

NOTIFICAÇÃO:
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº 11.448/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	VALOR	0,20 mg/L
CLORO LIVRE	3827	2169	668	11,57	Inferior a 15,00
DORABILIDADE	1491	2634	762	6,29	6,00-9,50
PH	3573	2952	421	2,97	Inferior a 5,00
VALOR DEZ					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	ATENÇÃO	AUSENTE
COLIFORMES TOTAIS	919	919	0	Ausente	Ausente
ESCOLHIDA COLI					

DATA DA EMISSÃO: 07/06/2018 **HORA DA EMISSÃO:** 07:53

Agua de Teresina

MATRÍCULA: 1492476-7 **NÚMERO:** 151500000-2

MÊS/ANO: 5/2018

VALOR: 31,45



***** AVISO DE DÉBITO *****

Para regularizar a situação, não identifique o pagamento do(s) débito(s) abaixo. Neste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do 0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos listados serão cobrados na próxima fatura.

MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)
04/2018	10/05/18	31,45			
03/2018	09/04/18	31,45			
02/2018	10/03/18	31,45			
01/2018	08/02/18	31,45			
12/2017	08/01/18	31,45			



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Raimundo Kennedy Oliveira dos Santos

RG nº 3.600.878, data de expedição 15/02/2017

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 048.742.373-78 com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

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

R. 10 Pq do Sol N: 1701, nº _____,

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

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

vítima Francisco Gabriel Soares Pereira cujo o condutor era

Marcelo Antonio Soares dos Reis.

Veículo: Motorcycle

Modelo: Honda CG 150 TITAN EX

Ano: 2014

Placa: PE 3395

Chassi: 9C2KCJ6602R055819

Data do Acidente:

Local e Data: Teresina - PI 05/06/2018

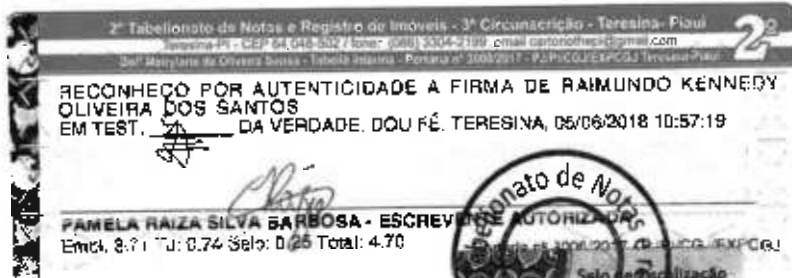
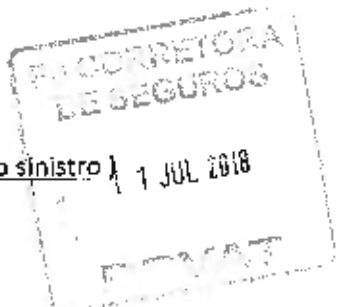
Raimundo Kennedy Oliveira dos Santos

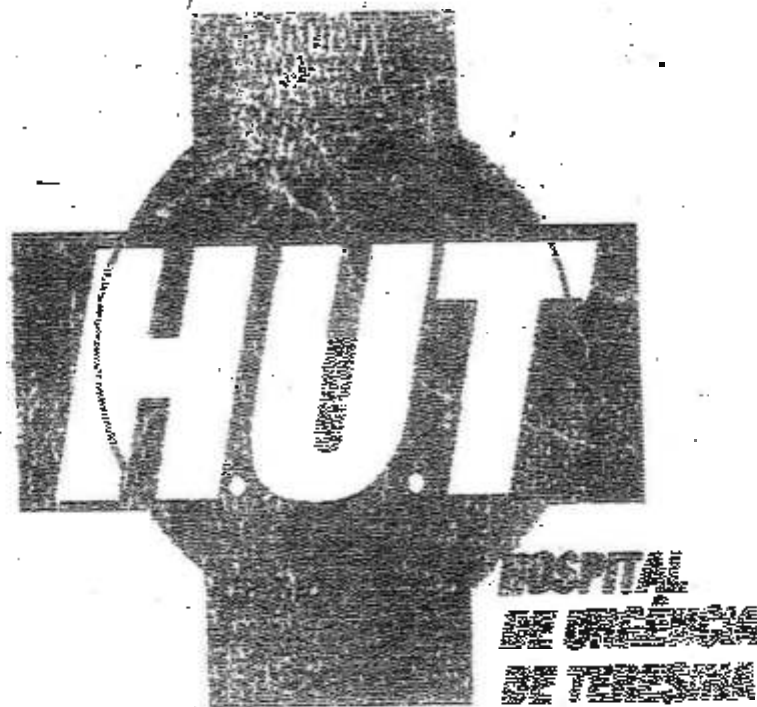
Assinatura do Declarante



Marcelo Antonio Soares dos Reis

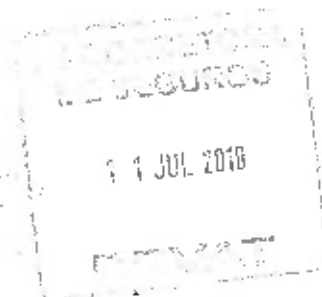
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) 1 JUL 2018





NOME DO PACIENTE: Francisco Gabriel Soares Pereira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 462591



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 - Admissão - Fone: 35 3235 4072

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

Imp: 00000000000000000000
00000000000000000000**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL****DADOS DO PACIENTE:**

Nome: FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA		Prontuário: 462591
Mãe: ERISVALDA PEREIRA SANTOS		Pai: ERISVALDA PEREIRA SANTOS
End. Resid.: RUA ESPERANÇA 1328 - ALTO RESSURREIÇÃO - TERESINA - PI - CEP: 64008-000		
Nascimento: 16/11/2003	Idade: 14a:4m:16	Sexo: Masculino Fone: -
Responsável: O MESMO		CNS: 701905293890773
Profissão:		Documento: CPF: -
G. Instrução: Fundamental Completo		E. Civil: Solteiro(a):
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 656255	Data: 20/03/2018 17:47:14	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ :__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ :__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ :__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ :__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 22, 03, 18

NOME DO PACIENTE: Flávia Gabriel Soares Pereira	PRONTUÁRIO Nº: 462594
DIAGNÓSTICO: fr. f. de dorçula D	CIRURGIA:
ANESTESIA: bloquiu + genl	Nº DA SALA: 78 Frontiers
CIRURGIÃO: Jairo Tse	CPF Nº: 000.000.000-00
AUXILIAR: Haniel Lima	CPF Nº: 000.000.000-00
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Valdirene	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7,0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	—	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	—	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL 12	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	—		crepom	und	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletrodos		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escovas		03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 30 und 02							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 0		04		CIRCULANTE: Conhecimento			
PROLENE							



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente <u>Francisco Gabriel Soares Pereira</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>frat. clavícula ①</u>		
Operação - Tipo <u>osteossíntese de clavícula</u>		
Cirurgião <u>Leão Tse</u>	1º Assistente <u>Thales Cunha R3</u>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador <u>Valdirone</u>	Anestesiologista <u>Dr. Eduardo</u>	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>22/03/18</u>	Início	Fim
Diagnóstico pré-operatório		
<u>frat. de clavícula ①</u>		

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente em DDH, Cuidado de prova, sel. bloqueio + geral
Assepsia, antissepsia e campos estéril
Incisão transversal sobre clavícula ①
Exposição por planos
Redução cruenta de fr. + ev.
Fixação c/ placa + parafusos
Síntese por planos
Drenagem

Leão Tse Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOFEDIA
CRM-PI 10335



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



20

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF ou APT	LEITO
Francisco Gabriel S. Pereira					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
Alzheimer					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 21/05/2018 HORA: 10h30					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					
50% de 100% - 10 em 12h					
Apresenta 12/6/6/2/2/2/2					
Tratamento 203-100/100/100					
CC					
Dr. João Carlos					

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Suorete

NOME DO PACIENTE Fw Gabriel Soares Pereira	PRONTUÁRIO 462591	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT. 236	LEITO 6XT.
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES inf. elétrica D	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
DATA: 22/03/18 HORA: 18h	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
1 Diete Lwne			15:45 - Paciente admitido nesta clínica procedente do SRPA		
2 SFO, 91 - 500 ml, CV, 171g/L	10h 22h		Ao POZ de Erit. de Clavícula		
3 Cefalotima 1 - 1 comp + AD, CV, 6/6 L	18h 24h 06h		D. Conveinte, euntado, puerperas ao		
4 Dipirona 500 mg/ml - 1 comp + AD, CV, 6/6 L	18h 24h 06h		diálogo. Nega abusa medicação		
5 Folic Hl 20 mg - 1 comp + AD, CV, 187g/L	18h 24h 06h		Aler. e comorbidades. Nega		
6 Placril - 1 comp + AD, CV, 818g, SW //			anticoagulante		
7 SSN + CC 66 //			58h5: Paciente Conciente Gira		
			tudo e fôlego, sinais vitais op.		
			vidas; T=36°C, PA=120x80mmHg		
			Suorete		

psISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME FRANCISCO GABRIEL S. PEREIRA IDADE 23 anos DATA 03/03/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 10 min TIPO DE ANESTESIA GERAL () RAQUEL () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA Clonculo ① CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>131/87</u>	<u>121/85</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>88</u>	<u>81</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Salute</u>	<u>Salute</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR		ADMISSÃO	SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☒
Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☒
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☒
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐
Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☒
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☒
Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐
Não responde	0	0 ☐	0 ☐
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☒
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

09

ASS.

Handwritten signature and stamp: M. Mendes

Handwritten signature and stamp: G. Mendes

SONDA VESICAL	DIURENO DE SUÇÃO	DIURENO TORACICO	DIURENO	DIURENO	DIURENO
ml	hs	ml	hs	ml	hs
ml	hs	ml	hs	ml	hs

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

14:10 Admitido no SRPA em POZ de 1to cirurgico para fazer
tumor em clonculo ①. Sob efeito do bloqueio + geral. Sinais
vital estáveis, respirando ar ambiente. Fu com curativos amp.
13:50 - Sique estável, o queixas. biurado da ORPA.

Stamp: RAIOS REALIZADOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALT

Handwritten signature and stamp: Dra. Elaine Bimelli

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 14 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () TORT () NEU () CIR () MED



Fundação Municipal de Saúde

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



HOSPITAL
DE URGENCIAS
DE ZENTENHIA

NOME DO PACIENTE Fernando Cabral B. Pereira	PRONTUÁRIO 462591	D. NASCIMENTO	LÍNICA	ENE. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE	OBSERVAÇÕES		
DATA: 20/03/18 HORA: 18:30 1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVV	HORÁRIO 18:30 18:30 18:30 18:30 18:30 18:30 18:30	18:30 Puncionado AVE em mg D Utilizado gelco 16 19:40 - Admitido no posto 01 - Sem acompanhamento, do curtada polívil. Nega alergia medicamentosa.			

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 3443

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA** (Prontuário: 462591)
Endereço: RUA ESPERANÇA 1328 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 16/11/2003 Idade: 14a4m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 656255
Requisição: 823301 Solicitação: 20/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1018998 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040036

Data Exame: 20/03/2018

OMBRO ESQUERDO

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

- Fratura no terço médio da clavícula.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/03/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Jane Simone Lima Dias de Souza
Médico Radiologista
CRM-PI 2710
CONFIRMAÇÃO DE LAUDO



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal De Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS



13.022.01960309
Carimbo do Estabelecimento Solicitante
Hospital
Dr. Zenoar Rocha
Rua Dr. Osório Tiro, 1825 - Res.
CEP 64.017-778
Teresina - PI

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta		Especialidade		Nº Cartão SUS	
Nome do Paciente (preencher sem abreviar)		Raza/Cor			
Nascimento		Idade	Sexo	RG / CPF	
		14	☒ Masc. ☐ Fem.		
Nome da Mãe				CEP	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)					
Bairro		Complemento			
Município		UF		Fones	
Dados Clínicos					
P.O. operatória agendada					
Data: / /		Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde			
Dados do Agendamento					
Local do Atendimento					
Endereço (Logradouro, Número/Lote)					
Nome do Profissional de Saúde					
Data e Hora do Comparecimento		Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento			
/ / às		Claudia Melo Rios Aux. Administrativo Hospital de Urgência de Teresina			

CARO USUÁRIO,

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha se houver atendimento.
Se você não for atendido, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.
Esta consulta é paga pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.

Nº DA AUTORIZAÇÃO

Formulário II / 2017



ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo **marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias**. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS: Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Obs: não retirar a imobilização (tala gessada) até o retorno ao médico

Cirurgia Realizada pelo Dr. Luís - Tm Pinheiro



ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo **marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias**. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS: Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Obs: não retirar a imobilização (tala gessada) até o retorno ao médico

Cirurgia Realizada pelo Dr Luiz - Tm Francisco

00000000

Comprovante de Agendamento

00000000000000000000

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES

Ctrl: dcc356a4-6cf68975-81c63199-f97c0d4

Cadastro: 23/03/2018 09:03:02 Emissao: 23/03/2018

Agenda: 11369377

Autorizacao: 5377411862

Usuário: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

Cartao SUS: 898002910417583

Nascimento: 15/11/2003

Telefone: (86)99812-
1241

Município:
TERESINA

Local de Atendimento: PRONTO SOCORRO DIRCEU ARCOVERDE
II

Endereço: QUADRA 250 CASA A, Bairro: DIRCEU ARCOVERDE
50 II

Fones: (08)6321-5920 (08)2157-803

Profissional: BRUNO SOARES FREIRE

CBO: MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA

Procedimento(s):

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Qtde: 1

Comparecimento (Data, Hora): Terça, 3 de Abril de 2018 às
07:30

Apresente-se o comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Claudia Melo Rios

Aux. Administrativo
Hospital de Urgência de Teresina

Assinatura/Carimbo/Responsável pelo Agendamento



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.527.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA** (Prontuário: 462591)
Endereço: RUA ESPERANÇA 1328 - ALTO RESSURREIÇÃO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 16/11/2003 Idade: 14a5m8d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210577
Requisição: 823768 Solicitação: 22/03/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1019534 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 003

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 22/03/2018

OMBRO DIREITO

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

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no terço médio da clavícula.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/04/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Jane Simone Lima Dias de Sousa
Médica Ortopedista
CRM-PI 1727
CONFERIDO E ASSINADO

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 32 8 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-790 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA** (Prontuário: 462591)
Endereço: RUA ESPERANÇA 1328 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 16/11/2003 Idade: 14a4m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 656255
Requisição: 823301 Solicitação: 20/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1018999 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 20/03/2018

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio da clavícula.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/03/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Jane Simone Lima Dias de Sousa
Médico Radiologista
CNPJ: 05.522.917/0022-02
CONF. 03/2018

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 61020

AIH: 2218100156228

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA

NASCIMENTO

16/11/2003

SEXO

M

PRONTUÁRIO

462591

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

ERISNALDA PEREIRA DOS SANTOS

RESPONSÁVEL

FRANCISCO GABRIEL

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

1328

BAIRRO

ALTO DA RESSURREIÇÃO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO ESQ.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

DOR - EDEMA + DEFICIT MOTOR, NESSECTIA DE CIRURGIA.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX E A AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0410010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

20/03/2018

ARTUR SAMPAIO SOARES DE SAUSA

CPF: 64384314353

DATA ADMISSÃO

20/03/2018 17:47

DATA ALTA

23/03/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

HENRIQUE ALMEIDA FILHO

CPF: 05300901334

CRM:

DATA ANÁLISE: 20/03/2018 18:19:42

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.991.402 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/12/13

NOME FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

FILIAÇÃO ERISNALDA PEREIRA SANTOS
MARCOS ANTONIO SOARES DOS REIS

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 16/11/2003

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 722 L A-3 F 122
EXP TERESINA-PI 12/01/04

TERESINA-PI 074.197.983-70 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Francisco Gabryel Soares Pereira
0301486

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

04 SET 2018

DPVAT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 010840897089
0128140182635 77883469018

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
20390153-07577-0565654082101241-515388512

VIA 1 COD. RENAVAM 01195007644 RNTRC

NOME/ENDEREÇO
RAIMUNDO KENNEDY OLIVEIRA DOS SA
NTOS
QD-55 CR-2B CJ RENASCENCA 00000
RENASCENCA PI

CPF/CNPJ 04874237398 PLACA FIG-3995

NOME ANTERIOR
SOL NASCENTE MOTOS LTDA

PLACA ANT/UF CHASSI
9C2KC1660ER055819

ESPÉCIE TIPO FAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAP/POT/CL 029/8149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

OBSERVAÇÕES
0 PBT: 000.29
ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

LOCAL TERESINA DATA 20/08/2014

DEPUTA BARBOSA DE CARVALHO ALMEIDA
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

CORRETORA
DE SEGUROS
11 JUL 2018
DE VAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180449851 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA **Data do acidente:** 20/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA E ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CLAVÍCULA DIREITA (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). TRATAMENTO CONSERVADOR DE CLAVÍCULA ESQUERDA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Francisco Gabriel Soares PinheiroDATA DO ACIDENTE 20/03/12 CPF DA VITIMA 094197983-70

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL (CUIO PARANTESSO COMA VITIMA É Francisco Gabriel Soares PinheiroENDEREÇO DO PORTADOR Rua São FranciscoNº 1328 COMPLEMENTO Alto da RestauraçãoCIDADE Cametá UF PA CEP 64030-380E-MAIL TELEFONE 86,99997-0660

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE☒ TÍTULO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ TÍTULO DO IMÓVEL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)☒ ATTESTADO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA☒ (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE CONFERMAM☒ OS DADOS BANCÁRIOS TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO☒ TÍTULO DO IMÓVEL (CÓPIA AUTÊNTICA 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 6 (SEIS) ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO☒ TÍTULO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ TÍTULO DO IMÓVEL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)☒ ATTESTADO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA☒ (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE☒ CONFERMAM OS DADOS BANCÁRIOS TAIS 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☒ TÍTULO DO IMÓVEL (CÓPIA AUTÊNTICA 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 6 (SEIS) ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* VALORES DE INDENIZAÇÃO: * MORE: R\$ 13.500,00 * ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

* VALORES DE INDENIZAÇÃO: * MENOS: R\$ 13.500,00 * ACIMA DE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

* VALORES DE INDENIZAÇÃO: * MENOS: R\$ 13.500,00 * ACIMA DE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

* VALORES DE INDENIZAÇÃO: * MENOS: R\$ 13.500,00 * ACIMA DE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

* VALORES DE INDENIZAÇÃO: * MENOS: R\$ 13.500,00 * ACIMA DE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

* VALORES DE INDENIZAÇÃO: * MENOS: R\$ 13.500,00 * ACIMA DE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

* VALORES DE INDENIZAÇÃO: * MENOS: R\$ 13.500,00 * ACIMA DE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

* VALORES DE INDENIZAÇÃO: * MENOS: R\$ 13.500,00 * ACIMA DE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

* VALORES DE INDENIZAÇÃO: * MENOS: R\$ 13.500,00 * ACIMA DE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

* VALORES DE INDENIZAÇÃO: * MENOS: R\$ 13.500,00 * ACIMA DE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

* VALORES DE INDENIZAÇÃO: * MENOS: R\$ 13.500,00 * ACIMA DE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

* VALORES DE INDENIZAÇÃO: * MENOS: R\$ 13.500,00 * ACIMA DE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Francisco Gabriel Soares PinheiroDATA DO ACIDENTE 20/03/12 CPF DA VITIMA 094197983-70

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL (CUIO PARANTESSO COMA VITIMA É Francisco Gabriel Soares PinheiroENDEREÇO DO PORTADOR Rua São FranciscoNº 1328 COMPLEMENTO Alto da RestauraçãoCIDADE Cametá UF PA CEP 64030-380E-MAIL TELEFONE 86,99997-0660

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE☒ TÍTULO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ TÍTULO DO IMPL. (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)☒ ATTESTADO DE PRESENTAÇÃO DE ATENDIMENTO ASSISTENTE ORIGINÁRIO QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA☒ ATTESTADO ASSINADO PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE ORIGINÁRIO QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ENVIADO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE CONFERMAM☒ OS DADOS BANCÁRIOS TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO☒ TÍTULO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (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 6 (SEIS) ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO☒ TÍTULO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ TÍTULO DO IMPL. (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)☒ ATTESTADO DE PRESENTAÇÃO DE ATENDIMENTO ASSISTENTE ORIGINÁRIO QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA☒ ATTESTADO ASSINADO PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE ORIGINÁRIO QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ENVIADO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE☒ CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS TAIS 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☒ TÍTULO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (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 6 (SEIS) ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORE 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 LB 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 FOLHETO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE

* GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13.04.18IDENTIDADE 3.991.402ASSINATURA FranciscoASSINATURA Francisco

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0251433/18

Número do Sinistro: 3180316803

Vítima: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

CPF: 074.197.983-70

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 20/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO GABRYEL
SOARES PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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: 04/09/2018
Nome: ERISNALDA PEREIRA SANTOS
CPF: 033.597.523-25

ERISNALDA PEREIRA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL