

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA E EXTRA JUDICIA"

Pelo presente instrumento particular o senhor Emerson Lucas Lima Pereira, brasileiro, Vigilante, inscrito com RG sob o nº 3.205.306 (SSP-PI), e CPF sob o nº 030.377.883-05, residente e domiciliado na Rua José Marques da Rocha, 3384, Bairro: Buenos Aires, CEP: 64009-100, Nomeia e constitui como seus bastantes procuradores e advogados, Dr. Francisco das Chagas de Sousa Silva OAB/PI 14.943, Bel. Francisco Eduardo Maia, ambos com escritório profissional situado na Rua Governador Tibério, 329, Bairro: Cabral, CEP: 64000-924, onde recebem as intimações de praxe, nos termos do artigo 105, do Código de Processo Civil/2015, outorgando-lhe os poderes contidos na cláusula **ad judicium** para o foro em geral, podendo agir junto ao INSS, repartições públicas Federais (Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil), Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como os especiais para confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, firmar compromissos, prestar declaração de pobreza na forma do artigo primeiro da Lei nº 7.115/83, cabendo apenas ao Dr. Francisco das Chagas de Sousa Silva substabelecer esta em quem lhe convier.

Teresina (PI), 23 de Janeiro de 2018.



Emerson Lucas Lima Pereira

Rua Gov. Tibério Nunes, 329 - Bairro: Cabral, CEP.: 64.000-924- Teresina -PI
TEL: (86) 98194-4262/99519-4297
E-mail.: fcoadv2016@gmail.com

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / OPO. EMISSORA: 3205304 589 PI

CPF: 030.577.883-05 DATA NASCIMENTO: 30/07/1990

PLACAO: JOAO PEREIRA DA SILVA

IDENTIFICACAO: MARCELO RODRIGUES DE LIMA

PERMISSAO: ☒ A1 ☒ A2 ☒ A3 ☒ A4 ☒ A5 ☒ A6 ☒ A7 ☒ A8 ☒ A9 ☒ B1 ☒ B2 ☒ B3 ☒ B4 ☒ B5 ☒ B6 ☒ B7 ☒ B8 ☒ B9 ☒ C1 ☒ C2 ☒ C3 ☒ C4 ☒ C5 ☒ C6 ☒ C7 ☒ C8 ☒ C9 ☒ D1 ☒ D2 ☒ D3 ☒ D4 ☒ D5 ☒ D6 ☒ D7 ☒ D8 ☒ D9 ☒ E1 ☒ E2 ☒ E3 ☒ E4 ☒ E5 ☒ E6 ☒ E7 ☒ E8 ☒ E9 ☒ F1 ☒ F2 ☒ F3 ☒ F4 ☒ F5 ☒ F6 ☒ F7 ☒ F8 ☒ F9 ☒ G1 ☒ G2 ☒ G3 ☒ G4 ☒ G5 ☒ G6 ☒ G7 ☒ G8 ☒ G9 ☒ H1 ☒ H2 ☒ H3 ☒ H4 ☒ H5 ☒ H6 ☒ H7 ☒ H8 ☒ H9 ☒ I1 ☒ I2 ☒ I3 ☒ I4 ☒ I5 ☒ I6 ☒ I7 ☒ I8 ☒ I9 ☒ J1 ☒ J2 ☒ J3 ☒ J4 ☒ J5 ☒ J6 ☒ J7 ☒ J8 ☒ J9 ☒ K1 ☒ K2 ☒ K3 ☒ K4 ☒ K5 ☒ K6 ☒ K7 ☒ K8 ☒ K9 ☒ L1 ☒ L2 ☒ L3 ☒ L4 ☒ L5 ☒ L6 ☒ L7 ☒ L8 ☒ L9 ☒ M1 ☒ M2 ☒ M3 ☒ M4 ☒ M5 ☒ M6 ☒ M7 ☒ M8 ☒ M9 ☒ N1 ☒ N2 ☒ N3 ☒ N4 ☒ N5 ☒ N6 ☒ N7 ☒ N8 ☒ N9 ☒ O1 ☒ O2 ☒ O3 ☒ O4 ☒ O5 ☒ O6 ☒ O7 ☒ O8 ☒ O9 ☒ P1 ☒ P2 ☒ P3 ☒ P4 ☒ P5 ☒ P6 ☒ P7 ☒ P8 ☒ P9 ☒ Q1 ☒ Q2 ☒ Q3 ☒ Q4 ☒ Q5 ☒ Q6 ☒ Q7 ☒ Q8 ☒ Q9 ☒ R1 ☒ R2 ☒ R3 ☒ R4 ☒ R5 ☒ R6 ☒ R7 ☒ R8 ☒ R9 ☒ S1 ☒ S2 ☒ S3 ☒ S4 ☒ S5 ☒ S6 ☒ S7 ☒ S8 ☒ S9 ☒ T1 ☒ T2 ☒ T3 ☒ T4 ☒ T5 ☒ T6 ☒ T7 ☒ T8 ☒ T9 ☒ U1 ☒ U2 ☒ U3 ☒ U4 ☒ U5 ☒ U6 ☒ U7 ☒ U8 ☒ U9 ☒ V1 ☒ V2 ☒ V3 ☒ V4 ☒ V5 ☒ V6 ☒ V7 ☒ V8 ☒ V9 ☒ W1 ☒ W2 ☒ W3 ☒ W4 ☒ W5 ☒ W6 ☒ W7 ☒ W8 ☒ W9 ☒ X1 ☒ X2 ☒ X3 ☒ X4 ☒ X5 ☒ X6 ☒ X7 ☒ X8 ☒ X9 ☒ Y1 ☒ Y2 ☒ Y3 ☒ Y4 ☒ Y5 ☒ Y6 ☒ Y7 ☒ Y8 ☒ Y9 ☒ Z1 ☒ Z2 ☒ Z3 ☒ Z4 ☒ Z5 ☒ Z6 ☒ Z7 ☒ Z8 ☒ Z9

VALIDADE: 07/05/2023

DATA TACAO: 02/04/2014

NUMERO DE REGISTRO: 06034906358

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: Emerson Lucas L. Pereira

LOCAL: PERNAMBUCO, PI

DATA DE EMISSAO: 08/06/2018

ASSINATURA DO EMISSOR: [Assinatura]

NUMERO DE EMISSAO: 05001140506

NUMERO DE REGISTRO: 06034906358

PIAUI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 012526278

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\$)
OUTUBRO/2018	26/10/2018	151	137,35

MARINILDE RODRIGUES DE LIMA
R. JOSE MARQUES DA ROCHA 3447 3384 MEMORARE
CPF: 0008148877349
CEP: 64.009-100 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	5514		Atual:	18/10/2018
Anterior:	5363		Anterior:	18/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	20/11/2018
Consumo Medido:	151		Emissão:	17/10/2018
Consumo Estimado:	151	FCAM	Apresentação:	18/10/2018

Forma de Abastecimento:	NORMAL	Código de Irregularidade:		Dias de Consumo:	30
-------------------------	--------	---------------------------	--	------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BAIXA RENDA	MONO	81695310		1.1.1.1	161

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
SET/18 173	CONSUMO	30 A R\$ 0,280649 = 8,59
AGO/18 173		70 A R\$ 0,491412 = 34,39
JUL/18 145		51 A R\$ 0,737111 = 37,59
JUN/18 170	CONTR. ILUMINACAO PUB (COSIP)	7,00
MAI/18 138	DIFERENÇA DE TARIFA	45,36
ABR/18 164	SUBVENCAO BAIXA RENDA	32,88
MAR/18 160	DESC. S/MULTA PARCELAM. ESPECIAL	0,41
FEV/18 153	DESC. S/JUROS PARCELAM. ESPECIAL	4,44
JAN/18 132	DESC. S/COR. MON. PARCELAM. ESPECIAL	1,80
DEZ/17 175	CANC. DESC. S/JUR. PARCELAM. ESPECIAL	8,88
	CANC. DESC. S/COR. MON. PARCELAM. E	3,60
	CANC. DESC. S/MUL. PARCELAM. ESPECIAL	0,82
	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00	0,31
	MULTA POR ATRASO 09/18-00	2,76
	PARCELAMENTO DE DEBITOS 11/60	27,12
	JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00	0,46

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 15 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 17/10/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO FISCO C342.3B73.BDFD.62A9.472D.5689.FC31.18BD

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	49,51	Base de Cálculo:	125,93
Energia:	7,79	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	7,89	Valor do ICMS:	27,70
Encargos:	34,70	Valor do PIS:	1,24
Tributos:		Valor do COFINS:	5,76

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			PIC			DMIC		DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Linha	5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03		
Reserva	0,00			0,00			0,00		

Conjunta TERESINA-MARQUES Período de apuração: 08/2018 EUSD: 33,17

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001401/19

Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

CPF: 030.377.883-05

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/09/2018

Titular do CPF: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA : 030.377.883-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190/00 8502
10/01/2019

472.
3190/00 8502
9863 - 3131

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: 02/01/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

3280
018
328-6



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

595 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003806/2018-55

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 31/10/2018 - 15:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARECHAL CASTELO BRANCO, Nº:

Complemento

495525

Data/Hora

22/09/2018 - 23:20

Bairro

PRIMAVERA

Ponto de Referência

PONTE DA PRIMAVERA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA (28 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3205306 SSP PI

Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA

Endereço: RUA JOSÉ MARQUES DA ROCHA, Nº 3384

Bairro: BUENOS AIRES

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO COMO PASSAGEIRO DE UM VEÍCULO I/CHEVROLET AGILE LTZ, COR PRATA, PLACA NIS-2268-PI, DE PROPRIEDADE DE HELIO LIMA DE ANDRADE E CONDUZIDO POR RAIMUNDO CÉSAR MARQUES DE ARAUJO, QUANDO SE ENVOLVEU NUMA COLISÃO COM UM AUTOMÓVEL FIAT UNO QUE INVADIU A PREFERENCIAL; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 489225); QUE, HOVE PERÍCIA NO LOCAL. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francieleide Lima Cordeiro
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Emerson Lucas Lima Pereira
EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA (28 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Helio Lima de Andrade,
 RG nº 1788129 PI, data de expedição 01/10/09
 Órgão SSP, portador do CPF nº 645 702 073 81, com
 domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av: Eng. Alvaro de Noronha, nº 3408
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Omerson Lucas Lima Pereira cujo o condutor era
Raimundo Cesar Marques de Araujo

Veículo: Agele
 Modelo: Chevrolet Agele
 Ano: 2011
 Placa: NIS 2268
 Chassi: BAGCN48X0BR148388
 Data do Acidente: 22-09-2018
 Local e Data: Av: Marechal de Castilho Branco
Teresina 27/10/18

Assinatura do Declarante

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



Cartório
 Themistocles
 Sampaio
 3º Ofício de Notas

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
 RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
 Fone: (0xx86) 3221-7886 • E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: HELIO LIMA DE ANDRADE, DOU
 FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 27/09/2018, Emol.: 3,71
 10:0,74 Selos: 0,26 Total: 4,71 Selos: 4,71 (F770577)

JUNITE DE CASTRO CARDOSO Escrevente Autorizada

☐ Tabelião ☒ Escrevente autorizado





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 030.347.883-05 Nome completo da vítima: Emerson Laurens Lima Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Emerson Laurens Lima Pereira CPF: 030.347.883-05

Profissão: Vigilante Endereço: Rua: José Marques da Rocha Número: 3447 Complemento: _____

Bairro: Memória Cidade: Terexina Estado: Pernambuco CEP: _____

E-mail: _____ Tel.(DDD): 1861 994729591

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 013 CONTA: 90716 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

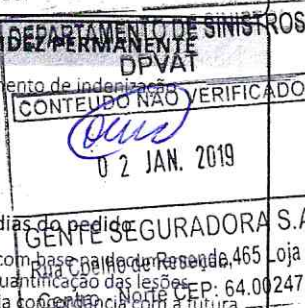
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que: (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na avaliação médica apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme a Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data, Terexina - Pernambuco 20.12.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída de PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome				15 Sexo
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vítima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	23 Glasgow = 15				
	24 Sinais Vitais				
Assistência	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Hospital de Destino	27 Pulso Radial				
	28 Sangramento				
Observações Interdisciplinar	29 Dor				
	30 Fratura				
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
35 Observações Interdisciplinar					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

CEP: 64.002470

Glauco Rocha e Silva
MÉDICO

Responsável pela recepção

Socorristas

Médico

AE/TE

CONFERE COM O ORIGINAL

Marília Veloso Cantanhede

Gerente Administrativa SAMU

Enfermeiro

Condutor

Alton



NOME DO PACIENTE: Emerson Lucas Lima Pereira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 489.225

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".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ortopedia



Imp: 23/09/2018 00:00:58

(User: PATRICIA MESQUITA)

(Estação: RECEPCAO1)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA		Prontuário: 489225	
Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA		Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA	
End.Resid.: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 30/07/1990	Idade: 28a1m24d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99456-5426
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão: SEGURANÇA		CPF: * RG: -	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Concubinato	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 685632	Data: 22/09/2018 23:57:52	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Típico: Não	CID Secundário: V499

DADOS CLÍNICOS:

Doença crônica de acidente automobilístico (contusões). Não possui comorbidade.

A - em curso recente

B - Pupila fisiológica

C - BNF, abdome moles, pelve intacta

D - Pupila fisiológica e fisiológica, Glasgow 15

E - Cortes na boca, dígito, escoriações, dor no ombro direito

PA X mmHg

Pulso:

FC:

Temp.:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Ex Ambulatório / Baco
Ortopedia

RAIO X
DATA 22/09/2018
Técnico:
Glauco Rocha e Silva
Médico
CRM PI 7110

ALTA:	☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retornar à Unid. Origem:
	☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência:
ÓBITO:	☐ Inalterado	☐ Por Evasão	DATA SAÍDA: <u> / / </u> HORA: <u> : : </u>
	☐ A Pedido		☐ Internação na Unidade
DESTINO:		Proced. Solicitado:	
☐ Até 24 Hs	☐ Família	CID Compatível:	
☐ De 24 a 48 Hs	☐ IML	Prof. Solicitante	
☐ Após 48 Hs	☐ Anat. Patol.	Internação:	

Assinatura Paciente ou Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Carimbo - Assinatura Profissional - BE

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Imp: 23/09/2018 00:00:58

{PATRICIA MESQUITA}

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

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA		Prontuário: 489225
Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA		Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA
End.Resid.: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 30/07/1990	Idade: 28a1m24d	Sexo: Masculino Fone: 86-99456-5426
Responsável: O MESMO		CNS:
Profissão: SEGURANÇA		Documento:
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Concubinato
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 685632	Data: 22/09/2018 23:57:52	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 23/09/18	ESPECIALISTA: ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Dor - braço D e mão G após trauma. Ao exam: Edema e dor - braço D. Manuseio OK	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

PX: fratura com
CD: Intenso p/ curar
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA: Dr. Claudio Almeida
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Ortopedia e Traumatologia CRM-PI-3321 004-104 580712004	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

PX:
CD:
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT****CONTEUDO NAO VERIFICADO**

02 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.532.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 15224 - Em: (26/09/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
223444	489225	EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA	POSTO: <i>Ortop.</i>	<i>235</i>	<i>Ext.</i>	COSM. FERNANDA NETO

Alérgias:

Diagnóstico/Comorbidades:

Evolução:

4 mo (26/9) 10

280

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação e Cód. Diagnóstico	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons.:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE, <i>✓</i> <i>Metformina 500mg</i> <i>CRN 4322</i>								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO <i>(Mue)</i>	1,00	Frasco	EV	12/12h				<i>09:40! Paciente admitido do procedimento de punção lombar para a colocação de cateter.</i>
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INT.	1,00	Ampola	EV	12/12h				<i>para um novo, com o objetivo de aliviar a dor.</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INT. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h				<i>te, orientado, posição.</i>
4	RANITIDINA 25MG/ML, INT. C/2ML.	50,00	mg	EV	12/12h				<i>Nega alergia a medicamentos e comorbidades.</i>

Observações Gerais:

UNID. GERAIS

1500 + 1000 = 2500 ml

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

1500 - 500 = 1000 ml
1000 - 300 = 700 ml

CONFERE COM O GERENTE
SAÚDE 1107
MANUTENÇÃO 6004
RECEBIMOS
26/09/2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Emerson Luis Lima Damo</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>489225</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura Ombro DALEAL</u>	CIRURGIA: <u>Raft e fixação</u>
ANESTESIA: <u>BPIB</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>LEANDRO</u>	CPF Nº: <u>167 786 998-41</u>
AUXILIAR: <u>ED. LUCIANA</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Piana</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	1		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	1		PVPI TINTURA	ML	1	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.	1	
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	1	
JELCO Nº	UNID.	1					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				DEPARTAMENTO DE SINISTROS			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				OPVAT			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				CONTEUDO NÃO VERIFICADO			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				02 JAN. 2019			
ALCOFIL				GENTE SEGURADORA S.A.			
MONONYLON 2.0	03			Rua Coelho de Resende, 465 Loja C			
FITA UMBILICAL				Centro - Norte CEP: 64.002470			
VICRYL 0	02.			ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE: <u>laiz.</u>			



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

AValiação PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>EMERSON LUCAS LIMA DE MENEZES</u>	Prontuário: <u>489225</u>	Data: <u>29/07/18</u>
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.	Idade: <u>28a</u>	Peso: <u>80,5 kg</u>
Procedimento(s) proposto(s): <u>FRATURA DE UMER</u>		Altura: <u>1,68</u>
		Apto? ☒ Sim ☐ Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	☒ Sim	☐ Não
2 - Patologias respiratórias	☐ Sim	☒ Não
3 - Antecedentes patológicos	☐ Sim	☐ Não
4 - Convulsão	☐ Sim	☐ Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	☐ Sim	☐ Não
6 - Transfusão sanguínea	☐ Sim	☐ Não
Uso de medicação	☐ Sim	☐ Não
8 - Alergia	☐ Sim	☐ Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	☐ Sim	☐ Não

OBESIDADE GRAU III (2 MC = 37)
CE 4 MET. C/IN DE RULO C/ VZ MENTENÇÃO
ETILISMO SOCIAL

EXAME FÍSICO

PA: <u>130/80</u>	Pulso: <u>70</u> ☐ arritmico	Mallampati: (1) (2) ☒ (4)
1. Respiratório	☒ Normal ☐ Alterado:	
2. Cardiovascular	☐ Normal ☒ Alterado: <u>em 2.ª e 3.ª a. a. a. a.</u>	
3. Neurológico	☒ Normal ☐ Alterado:	
4. Abdome	☒ Normal ☐ Alterado:	
5. Vias aéreas	☒ Possível VAD	
6. Extremidades	☒ Normal ☐ Alterado:	

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	
ECG: <u>TAPICARDO SINCOPAL, SI SINAI, RX Tórax</u>		
ECO: <u>NO 25/06/18</u>		

ASA: II Anestesia proposta: ☐ Geral ☐ Outro: BLOQUEIO DO PESCOÇO + 56 mg

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista: _____ CRM: _____

Dr. Alvaro Regino de C. Melo
Médico Anestesiologista
CRM-PI 5386 / RQE 2836





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1620 Radação - Fone: 26 3218 3445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EMERSON LUCAS LIMA FERREIRA** (Frontuário: 489225)
Endereço: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3480 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1990 Idade: 28a2m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 688632
Requisição: 876353 Solicitação: 23/09/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1085540 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 23/09/2018

BRACO DIREITO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

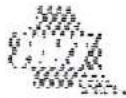
- Fratura oblíqua no terço distal do úmero.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/10/2018

Vera B
VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.526.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Radiação - Fone: 35 3218 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.517/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EMERSON LUCAS LIMA FERREIRA** (Fronteiras 488225)
Endereço: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1990 Idade: 28a2m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 685532
Requisição: 875353 Solicitação: 23/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1085533 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 23/09/2018

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/10/2018

Yuel B
VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.523-34 CRM - 1727
Profissional Responsável



Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA
Convênio: PARTICULAR
Solicitante: Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Código: 185597.02 RG 3205306 SSP/PI

Idade: 28 anos
Sexo: MASC
Data: 17/10/2018 14:53:00

RADIOGRAFIA DO COTOVELO DIREITO

RELATÓRIO

O exame radiológico do cotovelo direito, realizado em incidência ântero-posterior e perfil demonstrou:

- Fratura cominutiva fixada por placa e parafusos metálicos em terço distal da diáfise do úmero.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominutiva fixada por placa e parafusos metálicos em terço distal da diáfise do úmero.



Dra. SILVIA AMELIA PRADO B.M.CAMPOS
CRM 3836

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA
Convênio: PARTICULAR
Solicitante: Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Código: 185597.02 RG 3205306 SSP/PI

Idade: 28 anos
Sexo: MASC
Data: 17/10/2018 14:53:00

RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO

RELATÓRIO

O exame radiológico do braço direito, realizado em incidências ântero-posterior em rotação externa e interna demonstrou:

- Fratura cominutiva fixada por placa e parafusos metálicos em terço distal da diáfise do úmero.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominutiva fixada por placa e parafusos metálicos em terço distal da diáfise do úmero.


Dra. SILVIA AMELIA PRADO B.M.CAMPOS
CRM 3836



Governo do Estado do Piauí
Polícia Militar do Piauí
Hospital Dirceu Arcoverde - HPM

Carimbo do estabelecimento Solicitante
07.444.159/0002-25
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
AV. HIGINO CUNHA, 1402 ILHOTAS
CEP 64.044-220 - (86) 3216-1528

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Paciente: ERMERSON LUCAS LIMA PEREIRA				Sexo: Masculino		Convênio:				
Nascimento: 30/07/1990		Idade: 28 Anos 3 Meses 10 Dias		RG: 3205306		CPF:		CNS: 704700731531435		
Nome da Mãe: MARINILDA RODRIGUES DA SILVA						Fone: 994875382				
Endereço: Rua/AV. JOSE MARQUES DA ROCHA				Nº 3384		Bairro: MEMORARE				
Complemento:		CEP: 64009100		Município TERESINA			UF: PI		CID 10:	
Dados Clínicos: FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO. CIRURGIA EM 28/09/2018; RAFI COM PLACA E PARAFUSOS. NECESSITA DE FISIOTERAPIA PARA ANALGESIA E GANHO DE MOVIMENTOS.										
Exames Solicitados: (No máximo três) RX DO BRAÇO DIR AP/P						Carimbo/Ass. do Prof. de Saúde Data: 13/11/2018				
Dados da Marcação										
Local de Atendimento:										
Endereço (Logradouro, Número/lote):										
Data e Hora do Atendimento 13/11/2018 às:				Nº da Marcação		Carimbo/Assin. Respons. pela Marcação Samara Nogueira Assistente Social Marcação do SUS				
Assinatura do Paciente / Responsável						Este exame é pago pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa. Coordenação de Gestão do SUS R. Gov. Artur de Vasconcelos, 730 - Centro/Sul Fone.: (86) 3222-0797				

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

Ctrl: b092983f-5ec5e773-91991195-0b41663b
Cadastro: 22/01/2019 14:52:15 Emissao: 22/01/2019
Agenda: 13291807 Autorizacao: 1478591900
Usuario: ERMERSON LUCAS LIMA PEREIRA
Cartao SUS: 704700731531435 Nascimento: 30/07/1990 Telefone: (86)9998-7816 Municipio: TERESINA
Local de Atendimento: UNIDADE INTEGRADA DE SAUDE PRIMAVERA
Endereco: AV DUQUE DE CAXIAS , 2661 Bairro: PRIMAVERA
Fones: (86)3221-0927
Profissional: SEM PROFISSIONAL DEFINIDO
CBO: TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA

Procedimento(s):
0204040051 RADIOGRAFIA DE BRACO Qtde: 1
Comparecimento (Data, Hora): Quinta, 31 de Janeiro de 2019 as 14:00
Apresente este comprovante no ato do atendimento
Nao assine nada em caso de nao haver atendimento
Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Samara Luciele Sousa Silva
Auxiliar Administrativa
Assinatura/Carimbo Responsavel pelo Agendamento