

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

PI

NOME

BRUNO PEREIRA LEITE

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF

3645976 SSP PI

CPF

066.290.803-19

DATA NASCIMENTO

19/08/1996

FILIAÇÃO

RAIMUNDO NONATO DO
NASCIMENTO LEITE
SILVANA PEREIRA DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB

AB

Nº REGISTRO

06586791200

VALIDADE

20/05/2020

1ª HABILITAÇÃO

23/03/2016

OBSERVAÇÕES

EAR

BRUNO PEREIRA LEITE

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO

28/02/2019

55372754648

PI320747266

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUÍ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1831716563

PROIBIDO PLASTIFICAR
1831716563

equatorial
ENERGIA
cepisa

Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0445584-3

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 impostos autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 026222036

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\$)

AGOSTO/2019

28-08-2019

180

241,00

RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO LEITE
RS PLANALTO URUGUAI S/N QD A18 CASA 31 B-URBANO

CPF: 00020065825349

CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 15.001.62.05.010200

DADOS DA LEITURA

kWh

DATAS DA LEITURA

Atual: 2396

Atual: 22/08/2019

Anterior: 2216

Anterior: 22-07-2019

Constante de Multiplicação: 1,000

Próxima Leitura: 20-09-2019

Consumo Medido: 180

Emissão: 20-08-2019

Consumo Faturado: 180

FCAM

Apresentação: 22-08-2019

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

Dias de Consumo: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse

Ligação

Número Medidor

Posto

Código Fat.

Média 12 meses

RESIDENCIAL

MONO

A2094982

1.1.1.1

181

HISTÓRICO kWh

DESCRIÇÃO DA CONTA

Mês/ano consumo

JUL/19 150

CONSUMO 180 A R\$ 0,901762 = 162,31

JUN/19 129

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 13,99

MAI/19 145

CORRECAO MONETARIA DA 07/19-00 0,01

ABR/19 132

CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 1,18

MAR/19 134

MULTA POR ATRASO DE I 07/19-00 0,22

FEV/19 116

JUROS DE MORA ATRASO 07/19-00 0,01

JAN/19 111

MULTA POR ATRASO (2X) 6,99

DEZ/18 181

PARCELAMENTO DE DÉBITO 11/12 54,05

NOV/18 259

JUROS POR ATRASO (2X) 2,24

OUT/18 260

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,80

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,03

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 180 - 0,647810

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 20-08-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

183F A8F7.3223.5C0C.3683.D47A.00C0.D413

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)

IMPOSTOS (R\$)

Distribuição

34,12

Base de Cálculo

162,31

126,60

Energia

65,91

Alíquota ICMS

22,00%

Valor do ICMS

35,70

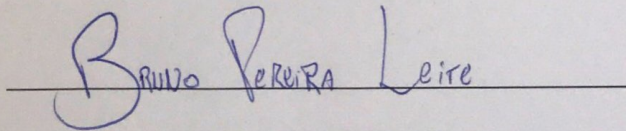
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: BRUNO PEREIRA LEITE, brasileiro, solteiro, estudante, RG nº 3645976 SSP/PI, CPF nº 066.290.803-19, brunoleite1414@gmail.com, com endereço na Quadra 18, Casa 31, Bairro Planalto Uruguai, Teresina-PI, CEP: 64.057-435.

OUTORGADO: HIARLAN BRUNO FONSECA NUNES, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PI sob o nº 17997, RG nº 3217404 SSP/PI, CPF nº 054.993.753-64, residente e domiciliado na Quadra 1, Casa 13, Bairro Planalto Uruguai, CEP: 64.057-400, Teresina/PI, onde deverá receber intimações e notificações de estilo.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Teresina/PI, 28 de agosto de 2019.

A handwritten signature in blue ink, reading "Bruno Pereira Leite", is written over a horizontal line.

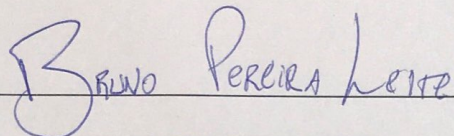
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **BRUNO PEREIRA LEITE**, brasileiro, solteiro, estudante, RG nº 3645976 SSP/PI, CPF nº 066.290.803-19, brunoleite1414@gmail.com, com endereço na Quadra 18, Casa 31, Bairro Planalto Uruguai, Teresina-PI, CEP: 64.057-435, venho, por meio desta, declarar não ter condições financeiras de arcar com as custas e despesas processuais, sem prejuízo do sustento próprio e família, razão pela qual requer o deferimento do benefício da Gratuidade de Justiça, nos termos do art. 5º, inciso LXXIV, CF/88, Lei 1.060/50, art. 1º, Lei nº 7.115/83, bem como dos arts. 98 e seguintes do CPC.

Requeiro, ainda, que o referido benefício abranja todos os atos do processo.

Teresina/PI, 28 de agosto de 2019.


BRUNO PEREIRA LEITE



NOME DO PACIENTE: Bruno Pereira Koite

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 495497

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 3218 5445

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

146-0-29/11/18
1530

Imp: 29/11/2018 10:09:18

(User: LORENA)

(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: BRUNO PEREIRA LEITE		Prontuário: 495497
Mãe: SILVANA PEREIRA DE OLIVEIRA	Pai:	
End.Resid.: RUA RAIMUNDO NONATO ANDRADE QD 18 CS 31 - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 19/08/1996	Idade: 22a3m10d	Sexo: Masculino Fone: 86-95202-011
Responsável: O MESMO	CNS: 898004077704458	
Profissão: MOTORISTA	Documento: CPF: 066.290.803-19	
G. Instrução: Superior Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 695868	Data: 29/11/2018 10:04:40	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: DOR MEMBROS SUPERIORES		Convênio: S U S
Cid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Deformidade grosseira	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOTO HA +- 16 DIAS, SEGUE IMOBILIZADO GESSO MSD. AG. NOVA AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA.		Profissional Clas. Risco: LORENA MAGALHÃES MACEDO 22/11/23 Em: 29/11/2018 10:09:18	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Trave eue

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial: <i>fratura do escafoide</i>			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		Se Internado, indique o Procedimento e CID
DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	Procedimento ____ CID ____

BRUNO PEREIRA LEITE
Assinatura Paciente ou Responsável

LORENA MAGALHÃES MACEDO
Assinatura Profissional Médico
CRM-PI 1746 CRM-MA 2546
ORÇÃO DA COLUMNA VERTEBRAL
Cirurgia e Traumatologia

**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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 29/11/2018 10:16:44

(User: AYRANA)

(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: BRUNO PEREIRA LEITE		Prontuário: 495497
Mãe: SILVANA PEREIRA DE OLIVEIRA		Pai:
End.Resid.: RUA RAIMUNDO NONATO ANDRADE QD 18 CS 31 - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 19/08/1996	Idade: 22a3m10d	Sexo: Masculino Fone: 86-95202-011
Responsável: O MESMO		CNS: 898004077704458
Profissão: MOTORISTA		Documento: CPF: 066.290.803-19
G. Instrução: Superior Incompleto		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 695868	Entrada: 29/11/2018 10:04:40	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Deformidade grosseira	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOTO HA +- 16 DIAS, SEGUE IMOBILIZADO GESSO MSD. AG. NOVA AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA.		LORENA MAGALHÃES MACEDO 221123 Em: 29/11/2018 10:09:18

SSVV: (Hora: ____:____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE COM DOR E LIMITAÇÃO EM PUNHO DIREITO.

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares: TC ,RX

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento: Internação nesta Unidade	DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____
---	---------------------------------	-------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

AYRANA SOARES AIRES
CRM 3746 Em: 29/11/2018 10:16:43

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



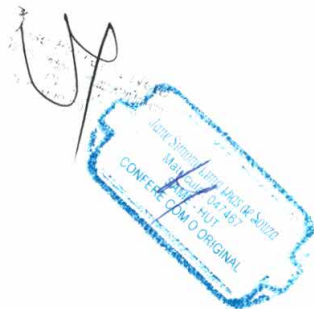
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.572.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 21650 - Em: (30/11/2018)

Internação:	Prontuário:	Paciente:	Dt.Nasc:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
12/911	45549	BRUNO PEREIRA LEITE	19/06/1994	00870.1	233	Ext	JOSE FERREIRA NETO		
Evolução:		Alergias:			Diagnóstico/Comorbidades:				
Hora:		8h			8h				
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE, Visto Nutricionista Ediana Nogueira CRN/P 3716								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h				
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	12/12h				

Observações Gerais: CUIDADOS GERAIS

7-11



30/11/18

08:35h Pct. Consciente, orientado, físico. Suprimentos, suores espontâneos. Transf. 30/11.

09:45' - Paciente admitido procedente do posto de triagem, escarlate D, consciente, orientado, físico. Inj. analgésica a diel. 08h. Mega comorbidades.



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

227914

154321

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 227914
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: BRUNO PEREIRA LEITE			6 - Prontuário: 495497				
7-CNS: 898004077704458		8-Nascimento: 19/08/1996		9-Sexo: Masculino		CPF: 066.290.803-19	
11-Mãe: SILVANA PEREIRA DE OLIVEIRA						12-Fone: 86-95202-011	
13-Resp: (O MESMO)						14-Cor: Sem Informação	
15-Ender: RUA RAIMUNDO NONATO ANDRADE QD 18 CS 31 - PLANALTO URUGUAI - CEP: 64000-010							
16-Munic: TERESINA		17-Cod.IBGE: 221100		18-UF: PI		19-CEP: 64000-010	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<u>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</u> PACIENTE COM DOR E LIMITAÇÃO EM PUNHO DIREITO			
<u>21 - Condições que justificam a internação:</u> TTO CIRURGICO			
<u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u> RX,TC			
<u>23-Diagnóstico Inicial:</u> Fratura do osso navicular [escafoide] da mão		24-CID Prin: S620	25-CID(Sec.): 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:		Tempo SUS
0408020466 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO		2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Soli.:	
	02 01 CPF 669.742.673-04	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:		
AYRANA SOARES AIRES 29/11/2018		35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento:	49-Num. Documento:	
() CNS () CPF		50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (AYRANA) Consulta Local: 695868 Consulta SUS: Impressão: 29/11/2018 10:18:57	

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 154321
	AIH: 2218101873680

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 898004077704458	NOME DO PACIENTE BRUNO PEREIRA LEITE	NASCIMENTO 19/08/1996	SEXO M	PRONTUÁRIO 495497
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 86999999999	NOME DA MÃE SILVANA PEREIRA DE OLIVEIRA	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 00000
BAIRRO CCENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

PACIENTE COM DOR E LIMITACAO EM PUNHO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX.TC

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S620 - FRATURA DO OSSO NAVICULAR ESCAFOIDE DA MAO	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020466 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) AYRANA SOARES AIRES CPF: 66974267304 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 29/11/2018
DATA ADMISSÃO 29/11/2018 10:04	DATA ALTA 02/12/2018 10:00
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)) CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO CPF: 22759379353 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF: DATA ANALISE: 29/11/2018 10:36:14
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente			BRUNO PEREIRA LEITE		
Diagnóstico pré-operatório			FRATURA DE ESCAFÓIDE (D)		
Operação - Tipo			OSTEOSSESINTESE ESCAFÓIDE (D) COM FIO		
Cirurgião		1º Assistente			
2º Assistente		3º Assistente			
Instrumentador(a)		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)		BPRB			
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- (1) PACIENTE EM DDH SOB BLOQUEIO + SEDAC
- (2) ASEPSIA, ANTISSEPSIA + CAMPOS
- (3) REDUÇÃO INCRUENTA + PINAGEM PERCUTÂNEA
COM 3 FIOS K 1.0 APÓS REDUÇÃO DE DISEJO
SEMILUNAR
- (4) RADIOSCOPIA + CURATIVO + TALA



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01 / 12 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Bruno Pereira Lute</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>495497</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr. Hugo</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Hugo</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Bloqueio</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Conceição</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>200</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>200</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>ESCOVAS</u>		<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>ESOTROPAS</u>		<u>05</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>CREPON</u>		<u>02</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

MOD - 094



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Bruno Pereira Leite			Ortopédica			
DATA/HORA CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS			OBSERVAÇÕES / ALERGIAS	
29/11/18	Fort de escapele				10:50 - Paciente eupneico, normotensivo (PA = 120x80), normodramico (P = 67). Negs queixas algicas AUP em MSE. Admitido no Posto 01. At. Ond. (Ana Paula Cardoso. _____)	
1	Dieta oral LIVRE					
2	SF 0,9% 1000 ml EV P/ 24H					
3	Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h					
5	TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H					
6	Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS				00:00 - Realizado SSVV: PA: 104x67 mmHg; Pulso: 67 bpm	
7	CCGG E SSVV				06:00 - SSVV (PA: 114x77 mmHg; Pulso: 66 bpm)	
8						



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



Fundação Municipal de Saúde



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

	Mudança de Procedimento		Órtese e prótese - OPME
	Diária de UTI		Fatores de Coagulação
	Diárias de Acompanhante		Gasoterapia
	Hemoderivados		Nutrição Parenteral / Enteral
	Diária / Hemodiálise		Procedimento fora da faixa etária
	Albumina Humana 20%		

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____
PACIENTE: _____ N° AIH _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

F10 R L10

Assinatura do Médico Solicitante

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

Assinatura do Médico Solicitante

DATA: _____

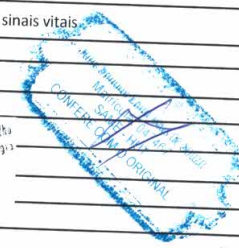
Assinatura do Médico Solicitante



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
BRUNO PEREIRA LEITE		495497	19/08/1996	22	Ortopédica	233	236	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES				
DI : 29/11/2018	FRAT. ESCAFÓIDE D							
02/12/18								
1	Dieta oral livre							
2	gelco salinizado							
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
5	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
6	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
7	Curativos diários							
8	Cuidados gerais e sinais vitais							
  								
Dr. Cláudio Cronemberger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM3415-TEOT10029 / CRMPL2308 / CRM3766-TEOT-11305 / CRM3367								

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PROFISSIONAL	CLÍNICA	ENFERM. DO AP.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Ortopédica	2331236		
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
1 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO			Visto Nutricionista Adriana Karla CRN/PI 6320			
2 SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN						
3 RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H						
4 CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H						
5 DAPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H						
6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H						
7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN			EN			
8 CURATIVO						
9 CCGG + SSV						
			15:30 Retornou do CC em PO de trabalho exurgico de futura de uso-facile Atm do CC			

**UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA**

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074

TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

Imp: 23/11/2018 11:52:28

(User: DR. ANTONIO NUNES)

(Estação: PRONTUARIO-PC)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: BRUNO PEREIRA LEITE		Prontuário: 130063	
Mãe: SILVANA PEREIRA DE OLIVEIRA		Pai: RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO LEITE	
End.Resid.: QD 18 CASA 31 - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 19/08/1996	Idade: 22a2m22d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99520-2011
Responsável: O MESMO		CNS: 898004077704458	
Profissão:		Documento: CPF: 066.290.803-19	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 301729	Entrada: 10/11/2018 11:36:39	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: REFERE ACIDENTE DE MOTO HÁ 2 H. REFERE DOR EM MÃO D.		RHUANNA BARBARA QUEIROZ DE SOUSA COREN PI 264014 Em: 10/11/2018 11:39:32

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta: ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO HA 30 MIN		CNPJ: 05.522.917/0035-19 UPA - RENASCENÇA Rua Rio Verde, nº 2810 Renascença III - CEP 64.082-110 Teresina - Piauí Confere Com o Original <i>Tramat</i> 19/12/18
Diagnóstico Inicial: Fratura do osso navicular [escafoide] da mão		
Exames Complementares: RX FRATURA DE ESCAFOIDE		CID: S620

Prescrição Médica: GESSO AXILO PALMAR NIMESULIDA ATESTADO AO AMBULATORIO PARA ACOMPANHAMENTO	
---	--

Motivo da Alta/Encerramento: Encaminhado para Exames		DATA: / /	HORA: :
--	--	------------------	----------------

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO NUNES MARTINS JUNIOR
CRM 3520 PI Em: 10/11/2018 12:07:13



Imp: 23/11/2018 11:52:28

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:			
Nome: BRUNO PEREIRA LEITE		Prontuário: 130063	Local: <u> </u>
Tipo Sanguíneo: <u> </u>		Peso (Kg) : 0,00	Altura (M) : 0,00
Fator RH: <u> </u>		IMC (Kg/m2) : 0,00	
		Leito: <u> </u>	

[illegible]



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: UPA Renascença
Nome: BRUNO PEREIRA LEITE
Data do exame: 10/11/2018

Id Paciente: UR130063
Data do laudo: 26-11-2018

Raio X de Punho Direito

- Fratura completa no polo proximal do osso escafoide.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dr. Francisco Edward
Médico Radiologista
CRM-PI: 2738

CNPJ: 05.522.917/0016-56
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, 152 - Centro Sul
Teresina - PI - 64000-000



Prefeitura
Municipal de
TERESINA
Piauí - Brasil

RECEITUÁRIO

Nome : BRUNO PEREIRA LEITE

USO INTERNO

1. Cefalexina 500mg _____ 28 comp
Tomar 01 comprimido VO de 6/6hs por 7 dias
2. Xefo 8mg _____ 01cx
Tomar 01 comprimido VO de 12/12hs

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.

Cirurgia realizada por :

DR ANDRÉ

Teresina, 02/12/2018

Dr. Paulo Henrique L. P. Silva
Ortopedia e Traumatologia
Médico/CRM
Carimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **BRUNO PEREIRA LEITE** (Prontuário: 495497)
Endereço: RUA RAIMUNDO NONATO ANDRADE QD 18 CS 31 - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 19/08/1996 Idade: 22a4m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 227914
Requisição: 897051 Solicitação: 01/12/2018 Solicitante: ANDRE LEAL DE VASCONCELOS
Controle: 1112726 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 233 LEITO 236

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 01/12/2018

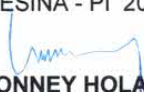
PUNHO DIREITO

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

- Fratura alinhada em osso escafoide direito, fixada por fios metálicos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Imobilização com tala gessada.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 20/12/2018


WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável



Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.
Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

Paciente **BRUNO PEREIRA LEITE**

22 Anos

Solicitante **EXTERNO**

Requisição 110017 em 09/01/2019

Convênio **PARTICULAR**

Emissão 09/01/2019

Exame **RX PUNHO D EM 02 PLANOS**

- Fratura em consolidação no escafoide fixada com fios metalicos.

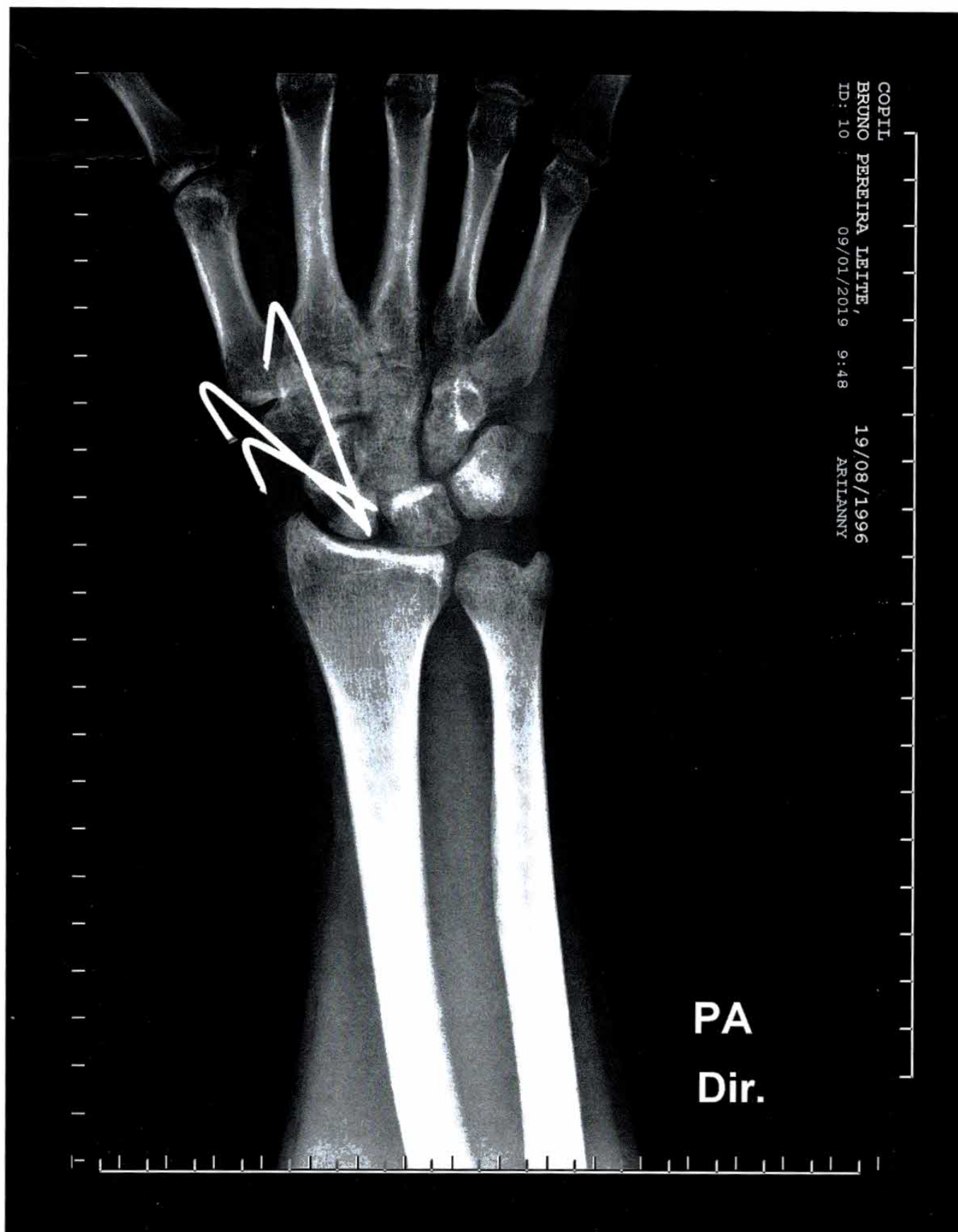
CONCLUSAO:

CONTROLE DE OSTEOSINTESE.

Dr. Carlos Augusto Moura Fé

Radiologista

CRM-PI 1341



COPIL
BRUNO PEREIRA LEITE,
ID: 10 09/01/2019 9:48 19/08/1996
ARTILANY

CÓPIL | 19/08/1996
BRUNO PEREIRA LEITE,
ID: 10 09/01/2019 9:48
ARILANNY

Dir.





Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.
Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

Dr. Aluisio Ferraz Arcoverde
CRM-PI 2463

ATESTADO MÉDICO

Dr. Osvaldo Moura Campos
CRM-PI 1357

Dr. Jorge Henrique T. Cury
CRM-PI 1388

Dr. João Sivoney Barros
CRM-PI 1849

Dr. Yuri Jivago Felix
CRM-PI 2308

Dr. José Renato B. Gomes
CRM-PI 2083

Dr. Durval Tércio Nunes Leal
CRM-PI 1995

Dr. Themistocles Ramos
Neto
CRM-PI 2798

ESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE BRUNO PEREIRA LEITE
SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILISTICO NO DIA 10/11/2018 COM
DIAGNOSTICO DE FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO, TENDO
SIDO OPERADO EM 01/12/2018 COM COLOCAÇÃO DE FIOS META-
LICOS C15 S 62.0 ESTANDO SOB MEUS CUIDADOS MÉDICOS COM
LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSAO EM TORNO DE 70% DOS
MOVIMENTOS.

TERESINA 02/07/2019



DR. JORGE HENRIQUE TEIXEIRA CURY
CRM-PI 1388

copil Clínica Ortopédica do Piauí Ltda

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires de Castro, 692/S Fone: (86) 3222-4488 - Fone/Fax: (86) 3222-4773
CEP 64.001-390 • Teresina - Piauí • E-mail: contatos@clinicacopil.com.br • Site: Clinicacopil.com.br



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



601 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004387/2018-79

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Kátia Maria Evangelista

Data/Hora: 20/12/2018 - 17:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA MARIA DOS SOCORROS DE MACEDO CLAUDINO, Nº:

Complemento

Data/Hora

10/11/2018 - 06:00

Bairro

VALE QUEM TEM

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: BRUNO PEREIRA LEITE (22 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: SILVANA PEREIRA DE OLIVEIRA

Pai: RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO LEITE

Endereço: CONJUNTO PLANALTO URUGUAI Q-A-18 CASA-31 PLANALTO, Nº

Bairro: PLANALTO URUGUAI

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9520-2011

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE COMUNICA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO O VEÍCULO MOTOCICLETA HONDA CG 160 TITAN EXD DE PLACA PIL-0768, DE SUA PROPRIEDADE, QUE UM VEÍCULO CARRO NÃO IDENTIFICADO FOI FAZER UM RETORNO INDEVIDO, COLIDIU COM O VEÍCULO DA VÍTIMA, QUE CAIU FICANDO LESIONADO, QUE FOI SOCORRIDO POR WILLY JOSÉ COUTINHO CPF 059441243-93, E LEVADO A UPA DO RENASCENÇA PRONTUARIO 130063, POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HUT PRONTUARIO 495497. AS DECLARAÇÕES PRESTADAS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Kátia Maria Evangelista - Mat. 0088846
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

BRUNO PEREIRA LEITE
BRUNO PEREIRA LEITE (22 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO

Pag: 1 de 1

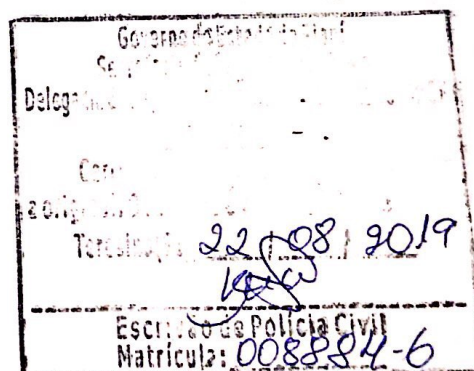
Identificação do Laudo:			
Código:	Tipo:	Requerente:	Cidade:
119689	L. CORPORAL-ACID.	DELEGACIA DE ACIDENTES	TERESINA-PI
Data Requisição:	Remeter para:	Data Exame:	Hora Exame:
04/07/2019	O mesmo (a)	11/07/2019	11:47
Local Exame:	Emissão do Laudo:		
I.M.L.	11/07/2019 11:47:31		

Identificação do Periciando:			
Código:	Nome:	Nacionalidade:	Cor:
98936	BRUNO PEREIRA LEITE	Brasileira	PARDA
Dt. Cadastro:	Endereço:		
04/07/2019	QD- 18 CS- 31 PLANALTO URUGUAI - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI		
Matr:	Patr:		
SILVANA PEREIRA DE OLIVEIRA	RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO LEITE		
Cpf:	Rg:	Registro Nascimento:	
	3645976-SSP.PI		
Profissão:	Nascimento:	Idade(anos):	Sexo:
MOTORISTA	19/08/1986	32	M
		Estado Civil:	
		Solteiro(a)	

L A U D O :

F R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - Perito Médico-Legista - CRM 4466 - Pi, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. **H I S T Ó R I C O:** Periciando informa ter sofrido acidente de trânsito com motocicleta no dia 10/11/2018, em Teresina - PI; tendo fratura de punho direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico no HUT. **DESCRIÇÃO:** Periciando alo e autopsiquicamente orientado apresentando cicatrizes hipertróficas em punho direito, tendo a maior delas 1 cm de extensão, e com uma limitação funcional de 40% dos arcos de movimentos de punho direito. Periciando possui o prontuário médico que demonstra o procedimento cirúrgico realizado, bem como os dias de internação hospitalar (vide documentação em anexo). **CONCLUSÃO:** Periciando com seqüela de lesão contusa que o inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais e produziu limitação permanente de arcos de movimentos de punho direito em 40%. **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp.: SIM. 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: CONTUNDENTE. 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: SIM. 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: SIM. Periciando com seqüela de lesão contusa que o inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais e produziu limitação permanente de arcos de movimentos de punho direito em 40%. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: NÃO. 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: NÃO. Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. /////

REGIS CARLOS DE OLIVEIRA SOUSA
Perito Médico-Legista - CRM 5221 - PI



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☐ **MORTE**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: BRUNO DEBORA LEELE
Data do Acidente: 10/11/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 066290803-19

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHHEIRO(A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal

E-mail: BRUNO DEBORA LEELE CPF do portador: 066290803-19

Data: 20/07/19 Assinatura: [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente: AC CENRAL Matrícula: [Assinatura]

Data: 20/07/19 Assinatura: [Assinatura] Matrícula: [Assinatura]

Matr: 9.276.920-7



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190454304

Vítima: BRUNO PEREIRA LEITE

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNO PEREIRA LEITE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14666525

Pag. 00333/00334 - carta_01 - INVALIDEZ

