
Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190466705

Vítima: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190466705

Vítima: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000056882-4

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



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:	Nome completo da vítima:	
	008.139343-11	LEO RONALDO GOMES DE ARAÚJO SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
LEO RONALDO GOMES DE ARAÚJO SILVA		008.139343-11	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSO	RUA PROFESSOR LUDOVICO	2070	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
PARQUE ALVORADO	TERESINA	PI	64000-050
E-mail:	Tel.(DDD):		
	086.8135 1600		

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)

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 568824
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme 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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou 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: Teresina, 06/08/2019	TESTEMUNHAS
Nome: LEO RONALDO GOMES DE ARAÚJO SILVA	1º Nome: _____
CPF: 008.139343-11	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2º Nome: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	CPF: _____
Assinatura do Procurador (se houver)	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.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002233/2019-23

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 12/06/2019 - 12:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARANHÃO, Nº:

Complemento

Data/Hora

27/03/2019 - 19:00

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

PONTE METALICA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 2276611SSPPI

Mãe: ANGELA MARIA GOMES DA SILVA

Endereço: POV. AVE VERDE PI-112 ESTRADA DE UNIÃO, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: POVOADO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8847-1888

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/CONDUTOR/VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO YAMAHA, PLACA PIA-4419, DE PROPRIEDADE DO SR. ANTONIO MARLOS RODRIGUES DE SOUSA, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO-II, CARRO NÃO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL, QUE MOTIVOU A COLISÃO, EM SEGUIDA EVADIU-SE DO LOCAL. O NOTICIANTE/VÍTIMA, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO DE Nº506807. É O REGISTRO.

Edvar F. Nunes

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

Leo Ronald Gomes de Araújo

LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA - Notificante
Responsável pela Informação

Recebido em:

07 AÇO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Delegado de Polícia

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Recebido em:
07 AÇO 2019

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: 008.139.343-11 Nome completo da vítima: LEO RONALDO GOMES DE ARAÚJO SILVA

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

Nome completo: LEO RONALDO GOMES DE ARAÚJO SILVA CPF: 008.139.343-11
Profissão: RECUSO Endereço: RUA PROFESSOR LUDOVICO Número: 2070 Complemento: _____
Bairro: PARQUE ALVORADA Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64000-050
E-mail: _____ Tel.(DDD): 086.8135.1600

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 568824
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme 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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou 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: Teresina, 06/08/2019
Nome: LEO RONALDO GOMES DE ARAÚJO SILVA
CPF: 008.139.343-11

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Leo Ronaldo Gomes de Araújo Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
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 do 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			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome			
	15 Sexo	16 Idade			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vítila				
	20 Meio de locomoção				
Exame Físico	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Assistência	23 Glasgow =				
	24 Sinais vitais				
Hospital de Destino	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Observações Interdisciplinar	27 Pulso Radial				
	28 Sangramento				
29 Dor					
30 Fratura					
31 Procedimentos realizados					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinar					
Responsável pela recepção					
Socorristas Médico					
Enfermeiro					
Condutor					

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: 16/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000056882-4

Nr. da Autenticação 29A673F26ED345CC

RESERVADO AO FISCO				IMPÓSTOS/TRIBUTOS - R\$			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				VALOR DA CONTA			
E9C8.6FFA.8162.B012.3FB2.AFB3.06E0.A15B							
Distribuidor:				Alíquota ICMS:	196,22	143,24	
Energia:	38,60			Valor do ICMS:			
Transmissão:	74,58			Valor da PIS:	27,00%		
Encargos:	12,61			Valor do COFFIS:			52,97
Tributos:	6,17				1,40%	2,01	
	64,26				6,48%	9,28	
INDICADORES DE CONTINUIDADE				FIC	TRMTC		
				Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite							
Realizado	5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03
Carregado	0,00			0,00			0,00

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	15-07-2019	351	358,33

LÍZIA MARTA DA CUNHA
R. COLOMBIA 3478 TRÊS ANDARES
CEP: 000201-1463315
Cidade: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 5.001.39.05.145000

Atual:	55331	Atual:	08/07/2019
Anterior:	54980	Anterior:	06-06-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	06-08-2019
Consumo Medido:	351	Emissão:	05-07-2019
Consumo Faturado:	351	Apresentação:	08-07-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
	Código de Irregularidade:		

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fed.	Módulo T2 meses
---------------	---------	----------------	-------	-------------	-----------------

RÉSIDUAL	MONO	A200408	1.1.1.1	255	
----------	------	---------	---------	-----	--

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
---------------	--------------------

Mês/ano consumo	
JUN/19	325
MAY/19	275
ABR/19	285
MAR/19	251
FEV/19	262
JAN/19	267
DEZ/18	255
NOV/18	268
OCT/18	368
SET/18	162
TOTAL SEM TRIBUTOS:	11 351 - 0,61:000

CONSUMO	351 A R\$ 0,920698 =	323,16
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		26,37
CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00		1,39
MULTA POR ATRASO 05/19-00		5,15
JUROS POR ATRASO 05/19-00		2,06
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,30	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mês/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22-07-2019, o não pagamento por parte do consumidor também é incluído no nome do consumidor na SPEDEN. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.
05/2019	339,88	

LIQUE 0800 186 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 5C9C.2F77.8095.A5B7.D9F4.D64E.671A.170B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição:	Base de Cálculo:
Energia:	Alíquota ICMS:
Transmissão:	Valor do ICMS:
Encargos:	Valor do PIS:
Tributos:	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			PIC			DMIC	DMIC	
	Manual	Trabalho	Jornal	Manual	Trabalho	Jornal	Manual	Manual	
Limite	5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86		
Exatidão	0,00			0,00			0,00		
Companhia	TERESI VA					Folha de Registro		05/2019	Euro 91,75

Consumo	TERESINA	Período de faturação	05/2019	Valor	96,79
---------	----------	----------------------	---------	-------	-------

ROT: 5.001.39.05.145000

constar ENERGIA cepisa	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI CEP: 64.040-740/0001-89 (Atendimento: 19.301.383-5)	0019712-2	358,33
	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
	07/2019	15-07-2019
	Nº da Nota Fiscal:	024069457 FCAM

83690060003 2 58330017000 3 000000000019 0 71220719008 3



SIC: 00358 UC: 0019712-2 DT. CÉDULA: 08/07/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 55331 NORMAL TOTAL: 358,33 CARGA: 004
DT. VENC.: 15-07-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0601

Recebido em

07/07/2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LUIS CARLOS CUNHA LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 011.310.013.60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LEO RONALDO GOMES DE ARAUJO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008139343-11

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima LEO RONALDO GOMES DE ARAUJO SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 008139343-11, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA COLOMBIA

Número: 3474

Complemento: _____

Bairro: TREIS ANJOS

Cidade: TERESINA

Estado: PI

CEP: 64016570

E-mail: SSO@EXERCICIO@HOTMAIL.COM

Tel. (DDD): 86.999034014

Local e Data: _____


Assinatura do Declarante

Recebido em:

0 / AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ANTONIO MARCOS RODRIGUES DE SOUSA

RG nº 1.563.190, data de expedição / /

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 762.870.413-15

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUÍ

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA PROFESSOR LUDOVICO DE ALMEIDA, nº 2070,

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

LEO KEVALDO GOMES DE ARAUJO, cujo o condutor era
O MESMO.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: YAMAHA XSR 150 FAZER Ano: 2014

Piaca: PIA 4419 Chassi: 9C6KG066060032751

Data do Acidente: 27/03/2019

Recebido em

07/04/2019

Local e Data: TERESINA-PI, 16/04/2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

ANTONIO MARCOS RODRIGUES DE SOUSA
Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO MARCOS
RODRIGUES DE SOUSA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 16/04/2019. Selo: ANCO3850-FB1V
www.tjpi.jus.br/postalextre

JARELASE RODRIGUES RIBEIRO DE ALMEIDA - Escrevente Autorizada
Eml.: 3,85 TJ: 0,77 FMNP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 281
DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jarelase Rodrigues Ribeiro de Almeida
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



ATA

NOME DO PACIENTE: Leopoldo Ronaldo Gomes de Araújo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 506 807

Recebido em:

07 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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".

NEURO UT
CRITERIA
GERAL

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO Mãe: ANGELA MARIA GOMES DA SILVA Pai: FRANCISCO DE ASSIS DE ARAUJO SILVA Prontuário: 506807
End.Resid.: AV. BOA ESPERANÇA 291 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 Nascimento: 05/07/1984 Idade: 34a8m22d Sexo: Masculino Fone: 86-99970-7445
Responsável: VANDEIULA CARVALHO CNS: 898002336903883 Documento: CPF: 008.139.343-11
Profissão: MOTO TAXI E.Civil: Solteiro(a)
G. Instrução: Fundamental Completo

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 714317 Entrada: 27/03/2019 20:23:56 Convênio: S U S Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)
Indicação: AMBULÂNCIA DO SAMU

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: Classificação: Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco: Recebido em: 07 Ago 2019
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

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 VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-CARRO), EM USO DE CAPACETE, NEGA OTORRAGIA, VÔMITOS, EPISTAXE. POSSÍVEL FRATURA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. REFERE DOR.
A) VIAS AERÉAS PERVIAS, SEM COLAR E CERVICAL, COM PRESENÇA DE PRANCHA
B) MV + BILATERALMENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS. ABDOME INDOLOR A PALPAÇÃO
C) BNF, RR, 2T, SS. ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL.
D) ECG 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOORREAGENTES, MOTRICIDADE PRESERVADA
E) LESÃO EM PERNA ESQUERDA, POSSÍVEL FRATURA ESPOSTA

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

- (1181831) - TORAX PA
- (1181832) - PERNA ESQUERDA
- (1181833) - PE OU PODODACTILO ESQUERDO

Prescrição Médica:

Dipirona 500mg/ml - 1amp + AD, EV, agora (20:30) e de 6/6h
Tetracil 20mg - 1amp + AD, EV, agora
Furacilina 50mg - 1amp + 100ml SF 0,9% EV, agora e de 6/6h

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 27/03/2019 20:35:44

Neuromuscular

TC de Honorat Sem Mpeuñ
Neuromuscular de Urgência

Sem Frotas com Kinetica

Sem conduta RZ

A um percent

Dr. Leonardo Moura
Neurocirurgia
CRM - RJ 6571

Frotas Espanta 1 par e

com ao de

Dr. Gabriel Roberto Bezerra
Otorrinolaringologista
CRM - RJ 6571

Recebido em:

07 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27/07/13

NOME DO PACIENTE: <u>Leo Harold G. L. A. P. D.</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: <u>Ex. T. B. E</u>	CIRURGIA: <u>Line + Fixação</u>
ANESTESIA: <u>Regui</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Benigno</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Diego</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Glauceide</u>	CPF Nº: _____

Recebido em

01 AGO 2013

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI n°24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 6.517.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 100ml	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Eletródos	"	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Crepon	"	04	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	02	02				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Helvany			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Leo Ronaldo Gomes de Sousa Filho.		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura Exposta de Tibia E		
Operação - Tipo	Lave + Fixação.		
Cirurgião	Dr. Bezerra	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			

Data da Operação	27/03/19	Início	Fim	Recebido em:
Diagnóstico Pós-operatório				07 AGO 2019 MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Pele em DM, não requerimento;
Assepsia e antisepsia; campo estéril;
Lave da ferida em piro E a 50.8% abundante;
Ampliação da ferida em piro E;
Redução de fratura de tibia E;
Manutenção de Fixação Externa Bipolar;
Ponto em pele;
Curativo.

Dr. Bezerra Bezerra
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA



FICHA DE ANESTESIA

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

Les Ronald Gomes de Araújo

Sala: 06

Alergia: Nipo

Data: 27/3/2014

Tratamento cirúrgico por fecho externo de

Beyriel

Observações: jejum completo (7h)
Nipo voluntário

Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
Bupivacaína 0,5 percent	mg	•12										
Midazolam	mg	•60										
Cloralfidina	g	•2										
Rompidina	mg	•80										
Dromedopon	mg	•8										
Cisapride	mg	•100										
Endonitron	mg	•4										
Metoromol	mg	•0,5	•0,5									
Fluxo	l/min	02	02	02	02							
Pressão	mmHg											
Temperatura	°C											
Acesso Vascular												
☒ Infiltração MSE OK (primo, do P3)												
Cat. venoso nº 16												
Dificuldade acesso venoso												
Cateter												
Central												
Via Aérea												
☒ Cateter nasal												
Ido												
Ido												
Monitorização												
☒ Saturação SpO2												
☒ ECG												
☒ Frequência do pulso												
MAP												
MAP												
Condição												
☒ Sítio Venoso												
☒ Sítio de infiltração												
☒ Ressonância												
☒ Peridural												
☒ Bloqueio Peridural												
☒ Outros												
Oxímetro: DDH												
SP02 (%)	99	100	100	100								
ETCO2 (mmHg)												
Artes Venoso	RL 300	RL 300	RL 300	RL 300								
Artes Venoso												
Diurese												
Perdas Sanguíneas												

Les Ronald Gomes de Araújo @ Pós-operatório, monitorizado; Antimigra; Puncão supra L4-L5 (12 tentativas); 16 Escala 276; LK @ desc e y furo depurado; sangue negativo; Injeção de bupivacaína 0,5% 5ml intratecal; 1ml de 0,9% NaCl 0,9%; 2ml de y solido nasal O2 (2l/min).

Dr. Diego Nunes de Oliveira
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI: 4926

Anestesiologista

Jus



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	235790

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

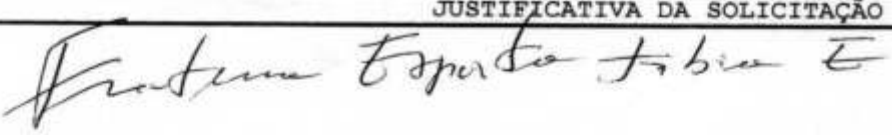
5-Nome: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO	6 - Prontuário: 506807		
7-CNS: 898002336903883	8-Nascimento: 05/07/1984	9-Sexo: Masculino	CPF: 008.139.343-11
11-Mãe: ANGELA MARIA GOMES DA SILVA	12-Fone: 86-99970-7445		
-Resp: VANDEIULA CARVALHO	14-Fone: 86-99970-7445		
15-Ender: AV. BOA ESPERANÇA 291 - MATADOURO - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	40-Tp. Documento: CPF	 41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 27/03/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 809.651.803-87	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO


--

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	



(SOLIMAR BRITO)

0337

12.30. **COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS**

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198	
FABRICANTE: Prontuário:		CNPJ:	
PACIENTE: Leo Ronald Gomes de Araújo			
RG.HOSPITAL: HUT.		COD.SIG TAP: 0702030406	
DATA: 27/03/2019		ALTA: USADO:	
PROCEDIMENTO: Fratura de tíbia (E)			
MEDICO: Dr. Buziel		CPF: CRM:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote
			QTD

[illegible]**Responsável Pelo Preenchimento:**

Data: 27/03/19

Responsável pela Farmácia**responsável pelo Preenchimento**



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

235790

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

190702

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

235790

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO

6 - Prontuário: 506807

7-CNS: 898002336903883

8-Nascimento: 05/07/1984

9-Sexo: Masculino

CPF: 008.139.343-11

11-Mãe: ANGELA MARIA GOMES DA SILVA

12-Fone: 86-99970-7445

13-Resp: VANDEIULA CARVALHO

14-Cor: Sem Informação

15-End: AV. BOA ESPERANÇA 291 - MATADOURO - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fratura Exposta de tíbia E

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura exposta

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Fratura exposta

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tíbia

24-CID-Prin: S822

25-CID-Sec: 1

26-CID-Adm: 1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050500

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Tempo: 4

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 02 01 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 809.651.803-87

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

27/03/2019

Bergiel Barbosa Bezerra
Osteoartroplastia de Mão
CRM 10000
27/03/2019

35-Ass.Carimbo Med. Sol. 1

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Data:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CRIS:

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-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Vandeuila Pereira da Silva

Usuário: JOLIANE BATISTA
Consulta Local: 1431
Consulta SUS:
Impressão: 27/03/2019 21:34:08



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE (

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONÁRIO

CLÍNICA
Ortopédica

ENF. OU AP LETO

MÉDICO ASSISTENTE

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

Leo Marcelo da Silva
101 fix. Tibia (E)

08:55. Admitido

1 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO

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 DIPIRONA 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

8 CURATIVO

9 CCGG + SSV

Dr. Patrícia de Souza Reis
CRM: 10.100.100.100



Admissional
CORREÇÃO 100.000

27 03 19



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

Recebido em:

07 ABR 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

NOME DO PACIENTE: Leão Ronald Gomes de Araújo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 506807

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

Imp: 25/04/2019 12:11:03
(JANE SIMONE)

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**DADOS DO PACIENTE:**

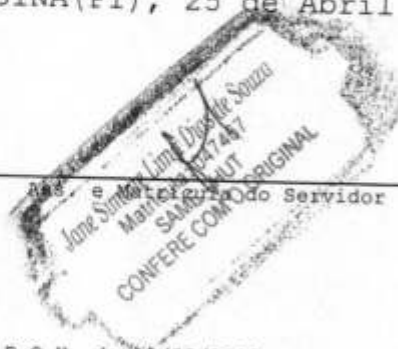
Nome: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO		Prontuário: 506807
Mãe: ANGELA MARIA GOMES DA SILVA		Pai: FRANCISCO DE ASSIS DE ARAUJO SILVA
End.Resid.: AV. BOA ESPERANÇA 291 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 05/07/1984	Idade: 34a9m15d	Sexo: Masculino Fone: 86-99970-7445
Responsável: VANDEIULA CARDOSO DA SILVA		CNS: 898002336903883
Profissão: MOTO TAXI		Documento: CPF: 008.139.343-11
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 717841	Data: 20/04/2019 18:10:24	Clas. Cor: Azul
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) acima identificado permaneceu nesta unidade dia 20/04/2019 de 18:10 às _____ horas para fim de atendimento hospitalar comprovado no Boletim de Emergência No. 717841/////

TERESINA(PI), 25 de Abril de 2019.





CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 593101979	Nº REGULAÇÃO: 70193	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2323427 - UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DR OZEAS SAMPAIO - MATADOURO - (86) 3215-9147		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA		NASCIMENTO: 05/07/1984

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE COM EDEMA IMPORTANTE (3+/4+) E INFECÇÃO EM MIE HÁ 7 DIAS. NO 23º DPO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA DEVIDO FRATURA EXPOSTA. FO COM PRESENÇA DE SANGUE E EXUDATO PURULENTO. RELATA USO DE AMOXICILINA E CEFALEXINA HÁ 10 DIAS. ALÉM DISSO, APRESENTA ICTERICIA (3+/4+). ESTA UNIDADE DE SAÚDE NÃO DISPÕE DE INTERNAÇÃO (EM REFORMA).			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): INFECCAO E REACAO INFLAMATORIA DEVIDA A OUT.DISPOSIT PROTET IMPLANTES E ENXERTOS ORTOP INTERNOS			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:		FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:
GLICEMIA:		NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
USO DE O2:			
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS: CEFTRIAXONA OXACILINA			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES: SF 0,9% RANITIDINADIPIRONA			

DATA: 20/04/2019 11:10:09	
Julciele C. da Silva MÉDICA CRM-PI 67.65 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	





HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO PACIENTE

LEO RONALD GOMES DE ARAUJO

PRONTUÁRIO

506807

DATA NASC

05/07/1984

IDADE

34

CLÍNICA

Ortopédica

229

220

ENF. QUAP

LEITO

OBSERVAÇÕES

DATA/HORA

CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DI : 20/04/2019

INFECÇÃO TIBIA

25/04/19

1 Dieta oral livre

2 Bêlco salinizado

3 Ciprofloxacina 400mg - EV 12/12hs

4 Clindamicina 600mg + S F 0,9% 100ml EV 6/6h

5 D pirona - 01 amp + AD EV 6/6hs

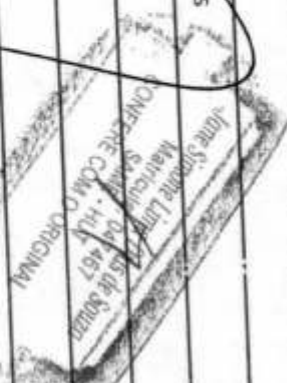
6 Rimoprida 10mg/ml - 1amp + AD EV 8/8 hs SN

7 T r madol 100mg - 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8 s SN

8 Cle xane 400mg 1amp SC 1XDIA

9 C r ativos 0,1dr.05

10 Cuidados gerais e sinais vitais



Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3166 - TEOD-11305
Tel: (84) 98884-0561

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3166 - TEOD-11305
Tel: (84) 98884-0561

Dr. Giordano Crumbeleger / Dr. Yuri Jivago Felix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho

Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

CRM3415-TEOD10029 / CRM31308 / CRM3766-TEOD11305 / CRM3367

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME 760 RONALD GOMES DE ARAUJO IDADE 34 anos DATA 24/03 /2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fúrcula (C) CIRURGIÃO Elmair

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

ADMISSÃO

11:50

12:20

SAÍDA

107/63

68

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

96%

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

2

Movimenta dois membros

1

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

0

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

2

Apresenta dispnéia ou limitação da respiração

1

Tem apnéia

0

PA em 20% do nível pré-anestésico

2

PA em 20-49% do nível anestésico

1

PA em 50% do nível pré-anestésico

0

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

2

Desperta, se solicitado

1

Não responde

0

É capaz de manter saturação de O₂ maior de 92% respirando em ar ambiente

2

Necessita de O₂ para manter saturação maior que 90%

1

Apresenta saturação de O₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O₂

0

SATURACÃO O₂

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTA

ASS

() Sonda Vesical

() Dreno de Sucção

() Dreno Torácico

() DVE

() Colostomia

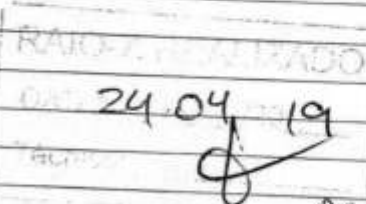
Sonda () Nasog () Nasoe

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:20 Admitido na SRPA em POF de 1000 cc
 líquidos para hidratação a 100 cc/h. Submetido a
 exame. Consciente, cefaleia, náusea, vômito com
 94% SatO₂. FC em ritmo regular, 100 bpm.

13:30 Alta, recuperado.

Elmair



ALTA SRPA

HORÁRIO

Dr. José Rodrigo Bezerra Sousa
 ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PI 6248

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] CRT [] NEU [] CIR [] MÉD



IDADAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

HOSPITAL URGÊNCIA D

PRESCRIÇÃO M.DICA

NOME DO PACIENTE		PROMTUARIO		DATA NASC		IDADE		ENF. OU AP		LEITO		MÉDICO ASSISTENTE			
LEO RONALD GOMES DE ARAUJO		506807		05/07/1984		22		229		220					
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA										HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI : 20/04/2019		INFECÇÃO TIBIA													
24/04/19															
1		Dieta oral livre										C			
2		Gelco salinizado													
3		Ciprofloxacina 400mg - EV 12/12hs										Plecece			
4		Clindamicina 600mg + S F 0,9% 100ml EV 6/6h										258 3/4 6/6			
5		Dipirona - 01 amp + AD EV 6/6hs										505 11			
6		Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN										11			
7		Tramadol 100mg -01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN										11			
8		Clexar - 40mg 1amp SC 1X DIA										134 194-205 / 2/20			
9		Curativos e lários													
10		Cuidados gerais e sinais vitais													
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															
32															
33															
34															
35															
36															
37															
38															
39															
40															
41															
42															
43															
44															
45															
46															
47															
48															
49															
50															
51															
52															
53															
54															
55															
56															
57															
58															
59															
60															
61															
62															
63															
64															
65															
66															
67															
68															
69															
70															
71															
72															
73															
74															
75															
76															
77															
78															
79															
80															
81															
82															
83															
84															
85															
86															
87															
88															
89															
90															
91															
92															
93															
94															
95															
96															
97															
98															
99															
100															

Dr. Jivago F. de
Ortopedia e Traumatologia /
CRM 3415-TEC 0009 / CRM 3766-1E 011305 / CRM 3367

Dr. Jivago F. de
Ortopedia e Traumatologia /
CRM 3415-TEC 0009 / CRM 3766-1E 011305 / CRM 3367

Dr. Jivago F. de
Ortopedia e Traumatologia /
CRM 3415-TEC 0009 / CRM 3766-1E 011305 / CRM 3367



229

237403

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

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Laudo 198379

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	237403

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO	6 - Prontuário: 506807		
7-CNS: 898002336903883	8-Nascimento: 05/07/1984	9-Sexo: Masculino	CPF: 008.139.343-11
11-Mãe: ANGELA MARIA GOMES DA SILVA	12-Fone: 86-99970-7445		
13-Resp: VANDEIULA CARDOSO DA SILVA	14-Cor: Sem Informação		
15-Ende: AV. BOA ESPERANÇA 291 - MATADOURO - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: MULTI COE GELATO FURTO DE PELA GELATO MELHORIA DE SINTOMAS			
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO CIRÚRGICO			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): FRAT. TÍBIA			
23-Diagnóstico Inicial: fratura da diáfise da tíbia	24-CID-Prin: S82.2	25-CID-Sec.: 	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050500	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	Tempo SUS 4	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic: 787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 21/04/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) Darval Tercio Nunes Leal ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1995 CRM-MA 3030	

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-CHAE 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:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: R		
		Usuário: (KARLA BATISTA) Consulta Local: 717841 Consulta SUS: Impressão: 21/04/2019 10:53:34



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/07/19

NOME DO PACIENTE: <u>beo Ronald Gomes de Araújo</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>506803</u>
DIAGNÓSTICO: <u>fratura de fêmur</u>	CIRURGIA: <u>lmc</u>
ANESTESIA: <u>stato</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Daniel Tercio Nunes Leal</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Raquel</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Benedicta</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 20	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7,5 8,0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,0-6,5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	10	
GASES	PAC.	07		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>croppom</u>		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 0		06		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Raquel</u>			
VICRYL							
PROLENE							

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE Leandro Ronaldo Gomes De Araújo				UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA: 21/04/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA Nega alergias e comorbidades. Testes completos							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARÁXICOS OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES
		1					
		2					
		3					
LÍQUIDOS		SO-UTO 500					
		SANGUE 300					
		OUTROS 100					
TEMPERATURA T		Cº					
		260					
		240					
		2					
		200					
		180					
		160					
		1					
		140					
		120					
		100					
		80					
		60					
		40					
		20					
		10					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O		SP02 (%)					
		100-100 100-100					
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS		RAQUIANESTESIA					DURAÇÃO
OPERAÇÕES		HMC TÍBIA E					INCIDENTE - ACIDENTE
CIRURGIÕES		DURVAL					Ø
ANESTESISTAS		Dr. Italo Hipólito B.T. Silva Médico Anestesiologista CRM 5053 / RQE 2968 Gerente Médico Centro Cirúrgico HUT					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

Raquianestesia: Tereca oxetico, flunoxilina, medelone, L3-L4, agulha n° 26. Administração 12,5mg Bupivacaína Pesado.



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Leo Pontes Gomes de Azevedo

Diagnóstico pré-operatório

fratura de fêmur

Operação - Tipo

osteotomia + fixação

Cirurgião

Daniel Tércio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1985 CRM-MX 3636

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

sem fratura

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

na



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

Realizada a osteotomia de fêmur com fixação por placa e parafusos. A fratura foi reduzida e estabilizada. A pele foi fechada com suturas. O paciente foi encaminhado para observação.

Obs: sem fratura

Durante a cirurgia
CRM-PI 1985 CRM-MX 3636

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Léo Ronald Gomes de Araujo Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2276611 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/07/2019

NOME LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

FILIAÇÃO ANGELA MARIA GOMES DA SILVA
FRANCISCO DE ASSIS DE ARAUJO SILVA

NATURALIDADE TERESINA - PI DATA DE NASCIMENTO 05/07/1984

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO 20391 L 19 F 176
EXP. TERESINA - PI 13/05/2016

CPF 008.139.343-11

Assinatura de Chagas Pinheiro

LEI Nº 7.116 DE 20/08/65 DECRETO Nº 89.250/83

Recebido em:

07 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Recebido em:

07/03/2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DO MARANHÃO SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA DELEGACIA DE POLÍCIA DE INVESTIGAÇÃO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO		RESUMO GERAL 026974362003-2 19/01/2019	
MARCACÃO		NOME LUIS CARLOS CUNHA LIMA	
FOTO		FILIAÇÃO LUIZ LEITE LIMA E MARIA ODETE DE OLIVEIRA CUNHA	
IMPRESSÃO DIGITAL		NATURALIDADE SAO LUIS - MA	
ASSINATURA DO TITULAR		DATA DE NASCIMENTO 31/07/1985	
CARTÃO DE IDENTIDADE		CPF 011310073-60	
CARTÃO DE IDENTIDADE		VIA-02	
CARTÃO DE IDENTIDADE		ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 29/09/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 012428485743

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01025241980 RNTRC EXERCÍCIO 2017

NOME
ANTONIO MARCOS RODRIGUES DE SOUS

A

CPF/CNPJ 76287041315 PLACA PIA-4419

PLACA ANT/UF CHASSI 9C6KG0660E0032751

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO YAMAHA/YS150 FAZER ED ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAP/POT/CIL 02P/0149CC CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE AMARELA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS 1º IPVA

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS 00000000 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

PET: 000.30 OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICOES

LOCAL TERESINA DATA 19/07/2018

ADN HARTINS DO REGO LORAO

DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PINº 012428485743 BILHETE DE SEGURO DPVAT

76287041315 PIA-4419 2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 19/07/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 76287041315 PLACA PIA-4419

RENAVAM 01025241980 MARCA/MODELO YAMAHA/YS150 FAZER ED

ANO FAB 2014 CAT. TARE Nº CHASSI 9C6KG0660E0032751

PRÊMIO TARIFÁRIO

081,28 FMS (R\$) 009,03 DENATIAN (R\$) 030,31 CUSTO DO SEGURO (R\$)

004,15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,70 IOF (R\$) 189,30 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 17/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

FEV-2016

ARTORIO 3º OFICIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCOPIA QUE É REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL. E DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 09/04/2019.
SELO: AAB94268-WINE - www.tjpi.jus.br/portalextra

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada
Emol. R\$ 2,48 JU: 0,50 FMMP/PI: 0,06 Selo: 0,26 Total: 3,30 - OP: 188
CERT. DE REG. E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Comprossada
Teresina - PI

Recebido em:

07 ABR 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190466705 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 27/03/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) P5 20 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190466705 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 27/03/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) P5 20 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>LEO RONALDO GOMES DE ARAUJO SILVA</u>			
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>		ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>2246.611</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP-P1</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>10/10/2017</u>	CPF: <u>008.139.343-11</u>
PROFISSÃO: <u>RECUBO</u>	ENDEREÇO: <u>RUA PROFESSOR LUDOVICO</u>		
Nº: <u></u>	BAIRRO: <u>PARQUE ALVOKADA</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	
ESTADO: <u>PIAUÍ</u>	CEP: <u>64000-050</u>		

OUTORGADO: <u>LUIS CARLOS CUNHA LIMA</u>			
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>		ESTADO CIVIL: <u>DIVORCIADO</u>	
RG: <u>0269743620032</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPMA</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>19/01/2019</u>	CPF: <u>011.310.073-60</u>
PROFISSÃO: <u>TEC. SEG. DO TRABALHO</u>	ENDEREÇO: <u>RUA COLOMBIA</u>		
Nº <u>3474</u>	BAIRRO: <u>TRÊS ANDARES</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	
ESTADO: <u>PIAUI</u>	CEP <u>64016-570</u>		

Recebido em
07 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
CONSULTELO SELO
DIGITAL

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT** E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTOS, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDADO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO **SEGURO DPVAT**

VÍTIMA: LEO RONALDO GOMES DE ARAUJO SILVA
CPF: 008.139.343-11 DATA DO ACIDENTE 27/03/2019

COBERTURA SOLICITADA: (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS () MORTE

Local/Data TERESINA 02/07/2019

Leo Ronald Gomes de Araujo Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIM DE LEO RONALDO GOMES DE ARAUJO SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Selo: AD72114-N20H
ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCRIVENTE AUTORIZADO
Escr. 13.95 TJO: 77 FNNP/PI.0.10 Selo: 0726 Total: 4,98 - 08:11

ARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de Sousa
Escrivente Autorizado
Teresina - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268430/19

Vítima: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

CPF: 008.139.343-11

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/03/2019

Titular do CPF: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUIS CARLOS CUNHA LIMA : 011.310.073-60

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

LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA : 008.139.343-11

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 07/08/2019
Nome: LUIS CARLOS CUNHA LIMA
CPF: 011.310.073-60

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO