

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




0501401

ASSINATURA DO TITULAR

Keylly Moura de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO
18/12/1979

NATURALIDADE
BARÃO DE GRAJAU-MA

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 39751 V 53A F 097
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI
839.502.303-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013227611901
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: DOBRO RENOVAM RARFC EXERCÍCIO: 2018

NOME: FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO

CPF/CNPJ: 003.631.130-4

PLACA: NT17-6011

CHASSI: 366821520087848

COMBUSTÍVEL: 2

ESPECIE TIPO: 2

MARCA/MODELO: YANHEBAV FANTASIA

CATEGORIA: 000

OCOR PREDOMINANTE: 000

VENÇ. COTA ÚNICA: 1

VENÇ. DOTAS: 1

VENÇ. DOTAS: 2

VENÇ. DOTAS: 3

PREMIO TARIFARIO (R\$): 000,00

PREMIO TOTAL (R\$): 000,00

DATA DE PAGAMENTO: 20/01/2019

LOCAL: 20/01/2019

DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

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

PI Nº 013227611901 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

VIA: DOBRO RENOVAM CPF/CNPJ: 003.631.130-4

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 20/03/2018

PLACA: NT17-6011

CHASSI: 366821520087848

MARCA/MODELO: YANHEBAV FANTASIA

CATEGORIA: 000

OCOR PREDOMINANTE: 000

VENÇ. COTA ÚNICA: 1

VENÇ. DOTAS: 1

VENÇ. DOTAS: 2

VENÇ. DOTAS: 3

PREMIO TARIFARIO (R\$): 000,00

PREMIO TOTAL (R\$): 000,00

DATA DE PAGAMENTO: 15/02/2019

LOCAL: 15/02/2019

DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

JAN/2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190074371 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO **Data do acidente:** 19/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DIREITO (FRATURA DE GALEAZZI)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional 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: 3190074371 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO **Data do acidente:** 19/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DIREITO (FRATURA DE GALEAZZI)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional 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

(PREENCHER COM LETRAS LEGÍVEIS E SEM RASURAS)

OUTORGANTE:

Nome: Francisco de Assis Vieira Filho
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Solteiro
 Identidade: 1.503.644
 CPF: 803.631.133-04
 Profissão: Tec. de Som
 Endereço: Rua: Amadeus Paulo N° 3299 B. Santa Rosa
 Cep: 64.012-660
 Telefone: (86) 99472-9591
 Data do Acidente: 19/09/2018

OUTORGADO:

Nome: Keylly moura de oliveira
 Estado civil: Solteira
 CPF: 839.502.303-00
 Profissão: Corretor (A)
 Endereço: R: vinte e quatro de janeiro n:554 bairro: Centro THE-PI
 CEP: 64.018-650
 Telefone: (86) 9.9472-9591 / (86) 9.3807-7870



Pelo presente instrumento particular da procu ação, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa -me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitido para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Vítima Francisco de Assis Vieira Filho
Teresina - Piaui 08.01.19

LOCAL DATA

Francisco de Assis Vieira Filho



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 CONSULTE O SELO
 DIGITAL

ARTIGO 1.040 DO CC/2002
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 JUDITE DE CASTRO CARDOSO
 Escritora Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032204/19

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO

CPF: 803.631.133-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/09/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
VIEIRA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO : 803.631.133-04

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: 28/01/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190074371

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO

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, 10 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190074371

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional 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: FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 00000769373-6

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: 803 633 133 04 Nome completo da vítima: Francisco de Assis Vieira Filho

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

Nome completo: Francisco de Assis Vieira Filho CPF: 80363313304

Profissão: Técnico de Som Endereço: R. Amadeus Paulo Número: 3299 Complemento: _____

Bairro: Santa Rosa Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP: 64.012.660

E-mail: _____ Tel.(DDD): (86)999729591

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: 2004 013 CONTA: 769373 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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: _____ Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vitima 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Terresina Piauí 08/03/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco de Assis V. Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

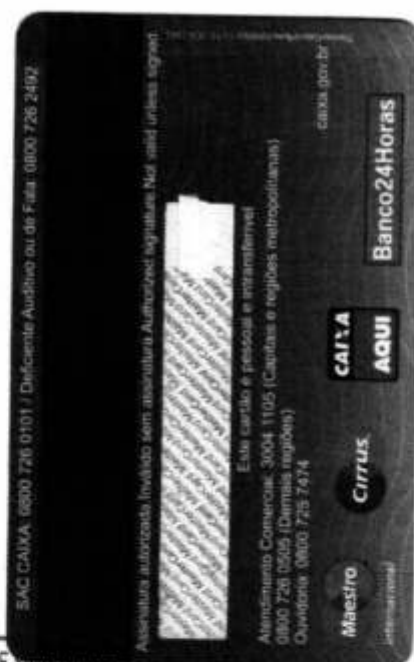
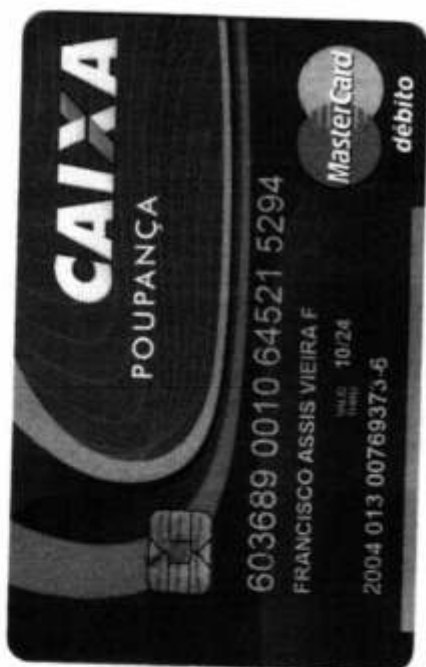
2ª | Nome: _____

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.



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



BOLÉTIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003682/2018-08

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

Data/Hora: 18/10/2018 - 14:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
AV. JOSUÉ MOURA SANTOS, Nº:
Complemento
NOVA TERESINA

500890
500891 (DAMS)
Data/Hora
19/09/2018 - 07:50

Bairro
PEDRA MOLE

Ponto de Referência
POSTO DE COMBUSTÍVEL VITÓRIA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO (41 ANOS)
RG: 1501677 SSP PI
Mãe: MARIA DE LOURDES PEREIRA VIEIRA
Endereço: AV. AMADEUS PAULO, Nº 3299
Bairro: MONTE VERDE
Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO YAMAHA/FACTOR YBR125 K, COR ROXA, PLACA NIT-6011-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO COLIDIU COM OUTRA MOTO QUE SAÍA DO POSTO DE COMBUSTÍVEL E INVADIU A PREFERENCIAL DA VÍTIMA, SENDO ESTA SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 488830). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

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

Francisco de Assis Vieira Filho
FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO (41 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

EM BRANCO
Delegado de Polícia



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: ANA LUIZA GONÇALVES DE SÁBINO PEREIRA
RUA LUIZ CARLOS NOGUEIRA, 1235 CENTRO - CEP: 64005-200 - TERESINA/PI
Fone: (33) 3221-7888 - E-mail: anadnascimento@cartorio3pi.com.br

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCOPIA QUE É REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL. E DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA - PI, 18/10/2018.

JARELENE RODRIGUES RIBEIRO DE ALMEIDA - Escrevente Autorizada
Encl.: 2,39 TJ: 0,48 Selos: 0,26 Total: 3,13 Selo: ABR-82543 (F590F990)

☐ Tabela



Selo de Fiscalização e Autenticidade
Fidelidade
Estado do Piauí
Cartório de Notas
Escrevente Autorizada
AUTENTICAÇÃO
Nº ABR-82543

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: 8036313304 Nome completo da vítima: Francisco de Assis Vieira Filho

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

Nome completo: Francisco de Assis Vieira Filho CPF: 8036313304

Profissão: Genio do Som Endereço: R. Amadeus Paulo Número: 3299 Complemento: _____

Bairro: Santa Rosa Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP: 64.012.660

E-mail: _____ Tel. (DDD): (86) 994729591

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004 013 CONTA: 769373 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua ... 465 Loja C
Centro - Norte CEP: ...
64.012.660

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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 sanção criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina Piauí 08/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco de Assis V. Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Kelly Maria de Oliveira

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.



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	2798	10/04/18	2998	0803	0804
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	08:28	08:53			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	Av. Josué Moura Santos S/N Nova Teresina 7e/Pi 2214100				
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	posto de combustível vitória	Francisco de Assis Vieira Filho (41a)	1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado	1- Dia 2- Mês 3- Ano 9- Ignorado	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete Cinto de segurança Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso Resp. PA TAX. SatO2			
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - 10	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	1 - Sim 2 - Não Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	HUT	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	
Observações Interdisciplinar					
Polisão moto/moto. Paciente consciente, orientado, físico, eufórico, acianótico, deambulando, condutor, com capacete e não alcoolizado. NEGA perda de consciência, vômitos ou diarréia. Sem doença pregressa ou uso de medicamentos diário. Segue com dor torácica e fratura de antebraço D.					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE		Condutor	
		S. Araújo		R. Tereza	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
S.A. da C
CEP- 64.002-470

**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)NHE 14.50
19/09/18

Imp: 19/09/2018 09:11:24

(User: LAO TSE)

(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO		Prontuário: 488830
Mãe: MARIA DE LOURDES PEREIRA VIEIRA	Pai:	
End.Resid.: AV. AMADEUS PAULO N3299 - MONTE VERDE - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 11/01/1977	Idade: 41a8m8d	Sexo: Masculino Fone: 86-99522-6159
Responsável: CARLOS	CNS: 200493134140003	
Profissão: TECNICO DE SOM	Documento: CPF: 803.631.133-04	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 684993	Entrada: 19/09/2018 09:03:55	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		



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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:ACIDENTE COM TRAUMA NO MSD
DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL DO MESMO
DEFORMIDADE LOCAL

RX

RAIO-X REALIZADO
DATA 19/09/18
Técnico: 6**Diagnóstico Inicial:**

?

Feitosa Paulo D. da S. 19/09/18

CID:

Exames Complementares:(1084110) - COTOVELO DIREITO
(1084111) - ANTEBRACO DIREITO**Prescrição Médica:**

770 Oxepa

We

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
CRM: 2660 PI Em: 19/09/2018 09:11:21

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: 04/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000769373-6

Nr. da Autenticação 302274CFFF85BFD7



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0643976-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SIAFZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 011944914

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	10/11/2018	186	243,60

EVALDO VIANA
R. AMADEUS PAULO 2491 3299 SANTA ROSA
CPF: 00037255894372
CEP: 64.012-660 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	2511		Atual:	05/10/2018
Anterior:	2325		Anterior:	05/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	07/11/2018
Consumo Medido:	186		Emissão:	04/10/2018
Consumo Faturado:	186	FCAM	Aprovação:	05/10/2018

NORMAL

30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1883873		3.5.3.1	101

HISTÓRICO kWh	
Mês/ano	consumo
SET/18	0
AGO/18	110
JUL/18	125
JUN/18	12
MAI/18	134
ABR/18	73
MAR/18	154
FEV/18	68
JAN/18	208
DEZ/17	119
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 186 - 0,504090	

DESCRICAÇÃO DA CONTA
CONSUMO 186 A R\$ 0,834032 = 155,12
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
AUTO-RELIACAO ART. 9 09/18-00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 9,29

DEB. DE PAGAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/10/2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar, também, a inclusão do nome do consumidor no SCERH. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e não reavaliada(s) no valor de R\$ 1.436,38 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor reconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO D152.F682.BD1B.503C.FDF5.D032.7EAC.3325

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	112,37	Base de Cálculo:	155,12
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	34,12
Encargos:	0,00	Valor do PIS:	1,53
Tributos:	42,75	Valor do COFINS:	7,10

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DÍG							
5,19	10,39	20,77	3,30	6,60	13,20	2,94	
0,00			0,00			0,00	
POTY						08/2018	32,08



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0643976-4

TOTAL A PAGAR - R\$

243,60

MÊS FATURADO

10/2018

VENCIMENTO

10/11/2018

Nº da Nota Fiscal: 011944914 FCAM

83630000002 0 43600017000 7 000000000643 7 97641018008 8



**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 14224202

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

R. 24 DE JANEIRO, 554 , 554

CENTRO

64000902 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO 518670	MÊS 11/2018	PERÍODO DE CONSUMO 25/10/2018 a 27/11/2018
CONSUMO (kWh) 160	VENCIMENTO 04/12/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 176,63

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 518670	MÊS 11/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 176,63
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836600000019.766300170004.000000000513.867011180058



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 83950230300,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco de Assis Vieira Filho inscrito
(a) no CPF sob o Nº 80363113304, do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima
Francisco de Assis Vieira Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 80363113304, 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 <u>Rua Vinte e Quatro de Janeiro 554</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64000-902</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 994729593</u>

Ter - Pi 08 de junho de 2019
Local e Data

Kelly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	2798 / 02	19/04/18	2899	08/03	08/04
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
	08/28	08:53			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	Av: Josué Moura Santos S/N		Nova Teresina	7e/P1	22141100
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	posto de combustível vitória	Francisco de Assis Vieira Filho (41a)	Masculino	11/01/77	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete de segurança Cinto de segurança Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 4 - Nenhuma	Pulso: Resp: PA: TAX: SatO2:	Diagrama de corpo humano com setas indicando a localização da lesão no antebraço direito.		
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Radial 2 - Central 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - 10	1 - Sim 2 - Exposta 3 - Fechada 4 - Não 5 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	1 - Sim 2 - Não Aspiração, Orogênio, Curativos, Prancha longa/curta, Colar cervical, Kred, Imobilização de extremidades, Reanimação cardiopulmonar, Assistência obstétrica, Glicemia, Acesso Venoso, Medicamentos a), b), c)	HUT	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Alterado	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro, Antes do transporte, Durante o transporte	
Observações Interdisciplinar	Polisson moto/moto. Paciente consciente, orientado, físico, eufórico, acianótico, ambulando, condutor, com capacete e não alcoolizado. NEGA perda de consciência, vômitos ou olúria. Sem doença pregressa ou uso de medicamentos diário. Segue com dor torácica e fratura de antebraço D.				
	Responsável pela recepção: <u>[Assinatura]</u> Socorristas: Médico <u>[Assinatura]</u> AE/TE <u>[Assinatura]</u> Enfermeiro <u>[Assinatura]</u> Condutor <u>R Tery</u>				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JAN 2019

COMPANHIA S.A.
de C.
CEP: 64.002-470

Altan



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE: Francisco de Amor Vieira Filho.

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 488830.

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

NME 19/09/18 14:50

Imp: 19/09/2018 09:11:24
(User: LAO TSE)
(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO		Prontuário: 488830
Mãe: MARIA DE LOURDES PEREIRA VIEIRA	Pai:	
End.Resid.: AV. AMADEUS PAULO N3299 - MONTE VERDE - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 11/01/1977	Idade: 41a8m8d	Sexo: Masculino Fone: 86-99522-6159
Responsável: CARLOS		CNS: 200493134140003
Profissão: TECNICO DE SOM		Documento: CPF: 803.631.133-04
G. Instrução: Médico Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 684993	Entrada: 19/09/2018 09:03:55	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 165 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.002-470
Teresina-PI

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE COM TRAUMA NO MSD
DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL DO MESMO
DEFORMIDADE LOCAL

RX

RAIO-X REALIZADO
DATA 19/09/2018
Técnico: G

Diagnóstico Inicial:
?

Fratura fechada do fêmur direito

CID:

Exames Complementares:

(1084110) - COTOVELO DIREITO
(1084111) - ANTEBRACO DIREITO

Prescrição Médica:

770 Omeprazol

Ver

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: / /

HORA: : :

Dr. Carlos Vitor da Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM 193054

Assinatura Paciente ou Responsável

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
CRM: 2660 PI Em: 19/09/2018 09:11:21



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
FRANCISCO DE ASSIS VIERA FILHO	488830	<i>P. J.</i> <i>Ortopedia</i>			
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	# GALLEAZZI A DIR	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES		
19/09/18					
1	Dieta oral LIVRE		12h. SSVV, T = 36,3°C; P.A = 18 x 12 mmHg, P = 116 bpm. <i>Muito bom</i> em tempo. <i>Medicamento</i> Item da contagem prescrição.		
2	SF 0,9% 500 ml EV EM 12/12H	<i>Capitão</i> (10:15)			
3	Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h	10:30 <i>capitão</i> <i>medicamento</i>			
4	Tenoxicam 20mg - 01 amp + AD EV 12/12h	10:30 <i>capitão</i> <i>medicamento</i>			
5	Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS	10:30 <i>capitão</i> <i>medicamento</i>			
6	Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS	14:00 - Realizado punção de acesso perivascular m			
7	CCGG	MSE, utilizado pela 20. Atual.			
8	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>				
9		30m			
10	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
11	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
12	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
13	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
14	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
15	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
16	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
17	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
18	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
19	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
20	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
21	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
22	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
23	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
24	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
25	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
26	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
27	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
28	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
29	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
30	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
31	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
32	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
33	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
34	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
35	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
36	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
37	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
38	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
39	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
40	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
41	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
42	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
43	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
44	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
45	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
46	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
47	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
48	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
49	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
50	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
51	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
52	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
53	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
54	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
55	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
56	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
57	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
58	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
59	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
60	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
61	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
62	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
63	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
64	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
65	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
66	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
67	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
68	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
69	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
70	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
71	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
72	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
73	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
74	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
75	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
76	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
77	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
78	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
79	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
80	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
81	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
82	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
83	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
84	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
85	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
86	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
87	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
88	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
89	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
90	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
91	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
92	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
93	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
94	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
95	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
96	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
97	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
98	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
99	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			
100	<i>Dr. Cleiton da Oliveira Melo</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	42m			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Dr. Cleiton da Oliveira Melo
Médico Ortopedista
CRM-PI 3064

Dr. Cleiton da Oliveira Melo
Médico Ortopedista
CRM-PI 3064

Marcos V. T. B. da Conceição
CRM-PI 494.801-ENF

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: FRANCISCO DE ASSIS VIZIA FILHO		Prontuário: 488830		Data: 20/09/18
Sexo: ☒ Masc. () Fem.	Idade: 46	Peso:	Altura:	
Procedimento (s) proposto (s): TTO an. Furo de furo de furo (D)			Apto? ☒ Sim () Não	

ANAMNESE

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



EXAME FÍSICO

PA: 144x88	Pulso: 92 () arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	(☒) Normal () Alterado: _____	
2. Cardiovascular	() Normal (☒) Alterado: H4J	
3. Neurológico	(☒) Normal () Alterado: _____	
4. Abdome	(☒) Normal () Alterado: _____	
5. Vias aéreas	(☒) Possível VAD	
6. Extremidades	() Normal (☒) Alterado: Extern. Inferior (D)	

Spun 284 (572).

EXAMES COMPLEMENTARES

HB		TP / RNI		Uréia			
HT		TTPa		Creatinina			
Plaquetas		Glicemia					
ECG:				RX Tórax			
ECO:							

ASA: 2 Anestesia proposta: () Geral (X) Outro: Bloqueio FE e OXALATO

Anestesiologista: _____ CRM: _____

Jackson D. L. FURREA
MEXICO ASESORIA
CIN-PI 4241

CRM:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Fernando Assis Viana Filho*

Diagnóstico pré-operatório

FMT CALUZZI (D)

Operação - Tipo

DRR PDD

Cirurgião

LAOTSE

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Marcia

Anestesista

Jackson

Anestesia

BPB

Anestésico(a)

Data da Operação

200918

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

28 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

AC
① DRR ② ASSEGURA ③ CALUZZI
④ NISSO DORSAL ⑤ DRR e PDD DRR
⑥ FMT ⑦ UNIPOL

LAOTSE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PI 5807 10305

LAOTSE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PI 5807 10305

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20/09/18

NOME DO PACIENTE: <u>Fu de Assis V. Hilo</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>488830</u>
DIAGNÓSTICO: <u>FMT. GUMI 221</u>	CIRURGIA: <u>RM e pda</u>
ANESTESIA: <u>Jackson</u>	<u>Lao-ISA Frontiers 09</u>
CIRURGIÃO: <u>LAOTSE</u>	TRAUMATOLOGIA E ORT. ED. CRM-PT 2550 04/02/2014
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>BPB</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Márcia</u>	CPF Nº:

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI W-24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	20	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		Eletródos	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Escovas	03 unid.		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Crepom	02 unid.		
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: <u>Milene</u>			
PROLENE							

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

28 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.501.677 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/03/12

NOME FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA FILHO

FILIAÇÃO MARIA DE LOURDES PEREIRA VIEIRA
FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA

DATA DE NASCIMENTO 11/01/1977

SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ-PI

CERT. NASC. 6526 L 12 F 122

EXP SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ-PI 01/06/79

TERESINA - PI

803.631.133-04

LEI Nº 7.116 DE 28/05/83 - DECRETO Nº 88.350/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

ASSINATURA DO TITULAR

Francisco de Assis Vieira Filho