



18/06/2020

Número: **0800142-56.2020.8.18.0013**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **JECC Teresina Norte 1 Anexo II CET**

Última distribuição : **31/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Enriquecimento sem Causa, Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALDIR PAULO DE SOUSA (AUTOR)		LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10330357	18/06/2020 12:40	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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, Valdir Paulo de Sousa
RG nº 516.627, data de expedição 03/03/93
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 185-344-573-87
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Miguel, nº 6532
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
Valdir Paulo de Sousa, cujo o condutor era
Valdir Paulo de Sousa
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/NXR 160 Bros Ano: 2019
Placa: PIW-6889 Chassi: 9C2KD0810JR058707
Data do Acidente: 14/09/2019

Local e Data: Teresina, 18 de novembro de 2019.

Valdir Paulo de Sousa

Assinatura do Declarante

Valdir Paulo de Sousa

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
José Hamilton A. Cardoso
Escrivente Autorizado

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lizardo Nogueira, 1233 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0150 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br
Titular: Anália Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE VALDIR PAULO DE SOUSA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 19/11/2019. Selo: AAM76754-XAVG
www.tjpi.jus.br/portalexta

Jose Hamilton Alves Cardoso-Escrivente Autorizado
Eml:3,85 TQ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:82
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

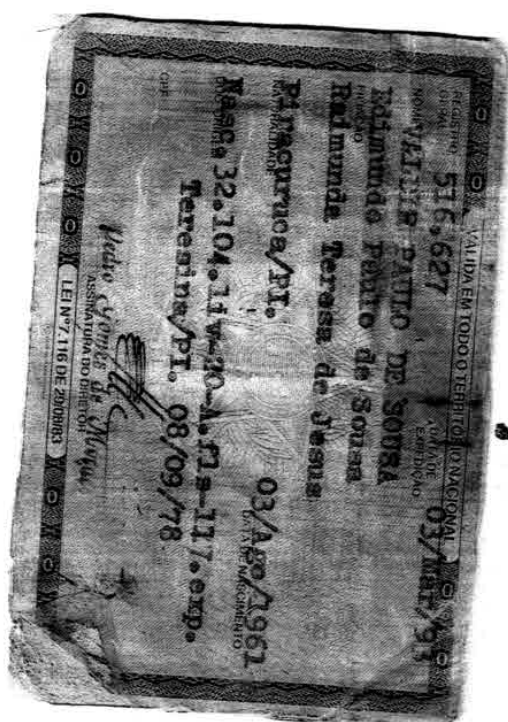
CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181240178540000009809271>

Número do documento: 2006181240178540000009809271



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Luiz Estevão Silva Cunha

inscrito (a) no CPF/CNPJ 065.372.107/05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Valdir Paulo de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 185.344.573/87

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade permanente da Vítima Valdir Paulo de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 185.344.573/87, 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 Polícia</u>	Número: <u>1530</u>	Complemento: <u>0155</u>
Bairro: <u>Crato Rei</u>	Cidade: <u>Berésima</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>luizestevao849@gmail.com</u>	CEP: <u>64016-370</u>	Tel.(DDD): <u>(86) 99545-0988</u>

Local e Data: Berésima - Piauí, 25 de Novembro 2019

Luiz Estevão Silva Cunha
Assinatura do Declarante





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMI
19

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PR - 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	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	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				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	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 <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Exame Físico	23 Glasgow = 11		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		29 Escala de dor de 0 a 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada
	31 - Aspiração 32 - Oxigênio 33 - Curativos 34 - Prancha longa/curta 35 - Colar cervical 36 - Kred 37 - Imobilização de extremidades 38 - Reanimação cardiopulmonar 39 - Assistência obstétrica		32 - Hospital de Destino: HUT 33 - Condições de entrada: 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado		
Observações Interdisciplinares	34 Óbito		35 Durante o transporte		36 Responsável pela recepção
	34 - Óbito: 1-Sim 2-Não 35 - Durante o transporte: 1-Sim 2-Não		36 - Responsável pela recepção: [Assinatura]		



Para conferir
o consumo, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0583443-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-99 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/06/96

Nº da Nota Fiscal 027180952

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS
SETEMBRO/2019
VENCIMENTO
19-09-2019
CONSUMO (kWh)
88
TOTAL A PAGAR (R\$)
87,19

VALDIR PAULO DE SOUSA
R. SÃO MIGUEL 6532 POTI VELHO
CPF: 00018534457387
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 10.001.34.50.353200

DADOS DA LEITURA
Atual: 25825
Anterior: 25737
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo Medido: 88
Consumo Faturado: 88
Forma de Faturamento: NORMAL
Código de Integridade: FCAH
Dias de Consumo: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONO
Número Medidor: A523339
Poste: 1.1.1.1
Código Fat.: 1.1.1.1
Média 12 meses: 62

HISTÓRICO kWh
Mês/ano consumo
AGO/19 43
JUL/19 87
JUN/19 90
MAI/19 93
ABR/19 47
MAR/19 69
FEV/19 79
JAN/19 53
DEZ/18 23
NOV/18 61

DESCRIÇÃO DA CONTA
CONSUMO 88 A R\$ 0,912203 = 80,27
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 6,92
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,51

TARIFA SEM TRIBUTOS:
B A 88 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$
08/2019 34,91
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-09-2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$
A344-EB6B-A280-134B-808A-DESC-776B-5B30

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 16,88
Energia: 32,60
Transmissão: 5,51
Encargos: 2,69
Tributos: 22,59
Base de Cálculo: 80,27
Alíquota ICMS: 22,00%
Valor do ICMS: 17,65
Valor do PIS: 0,88
Valor do COFINS: 4,06

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	DCE		FIC		DME		DCEM	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Entrega	5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03	
Reatando	0,00			0,00			0,00	
Consumo								

TERESINA-MARQUES
Período de suspensão: 07/2019
BUSO: 30,80

ROT: 10.001.34.50.353200

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



0583443-0
MÊS FATURADO

87,19
VENCIMENTO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-99 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

09/2019
Nº da Nota Fiscal:

19-09-2019

027180952 FCAH

836300000000 4 87190017000 6 00000000583 5 44300919008 5



SEQ.: 00135 UC: 0583443-0 DT.LEIT.: 13/09/2019 T.ENTR.: 04
: 25825 NORMAL TOTAL: 87,19 CARGA: 045
DT.VENC.: 19-09-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0951



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181240178540000009809271
Número do documento: 2006181240178540000009809271

• BEM-VINDO A UM MUNDO DE
VANTAGENS COM O CARTÃO
RIACHUELO VISA®

002091
LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA
RUA BOLIVIA 1530
CRISTO REI
64014-410 TERESINA PI



MIDWAY
FINANCEIRA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0855

013

CONTA:

00054244

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Berezina - Paraná, 18 de Novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0855

013

CONTA:

00054244

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Berezina - Paraná, 18 de Novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011112/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/11/2019 15:16 Data/Hora Fim: 19/11/2019 15:29
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 14/09/2019 17:20

562119

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: av. isidoro França

Bairro: Poti Velho

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALDIR PAULO DE SAUSA (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PI - Piracuruca	Sexo: Masculino	Nasc: 03/08/1961
Profissão: Pedreiro			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Raimunda Teresa de Jesus			

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: rua são miguel Nº: 6532
Bairro: poti velho

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
--

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição moto	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Valdir Paulo de Sausa	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

relata a vítima que conduzia a moto em endereço citado, que estava esperando o sinal abrir, quando um caminhão que vinha logo atrás colidiu na traseira de sua moto, onde a vítima foi lesionado, socorrido pelo samu, encaminhado para o hut. fato informado pela vítima.



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 19/11/2019 15:29
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos






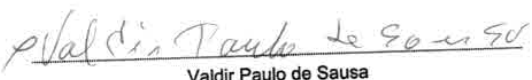
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011112/2019

ASSINATURAS


Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
escrivão
Matricula 0097616
Responsável pelo Atendimento


Valdir Paulo de Sausa
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 19/11/2019 15:29
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190677520

Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDIR PAULO DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15211532





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

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190677520

Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), VALDIR PAULO DE SOUSA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00721/00722 - carta_07 - INVALIDEZ

00070361



Carta nº 15237705



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433285/19

Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA

CPF: 185.344.573-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDIR PAULO DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

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
Outros

LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA : 065.372.103-05

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

VALDIR PAULO DE SOUSA : 185.344.573-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA
CPF: 065.372.103-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA

Paula Vargens Mendes da Costa



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Valdir Paulo de Sousa, brasileiro, solteiro,
pedreiro, RG nº 516627, CPF nº 185.344.573-87, residente e domiciliado na Rua São Miguel, nº 6532, bairro Poty Velho, Teresina - Piauí.

OUTORGADA: **LUAN ESTEVÃO SILVA CUNHA**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Piauí, sob o nº 18005, e **DAVID SOARES FIGUEIREDO JUNIOR**, brasileiro, casado, advogado notadamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Piauí, sob o nº 15528, situado no escritório profissional na Av. Abdias Neves, nº 789, bairro Piçarra, Teresina-PI.

PODERES GERAIS: A quem confere poderes para representa-lo em repartições públicas federais, estaduais e municipais, autarquias, empresas privadas, assim nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado já qualificado acima, a quem confio poderes especiais para representar-me ante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização alusivo ao Seguro Obrigatório-DPVAT, cedendo poderes para assinar, enviar, requerer e protocolar qualquer documento útil junto às seguradoras consorciadas visando receber a legítima **INDENIZAÇÃO POR MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E/OU DESPESAS MÉDICAS**, oriundas de acidente de trânsito.

PRAZO: Concedo até a conclusão do recebimento relativo ao seguro obrigatório do DPVAT na seguradora Líder.

Teresina-PI, 18 de Novembro 2019.

Valdir Paulo de Sousa

OUTORGANTE

3º OFÍCIO

Cartório Themistocles Sampaio 3º OFÍCIO DE NOTAS	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Rua Lázaro Nogueira, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-4153 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br Titular: <u>Anatália Gonçalves de Sampaio Pereira</u>
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE VALDIR PAULO DE SOUSA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 19/11/2019. Selo: AAM76742-JGVI www.tjpi.jus.br/portalextra.	
Jose Hamilton Alves Cardoso-Escritor Autorizado Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMM/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 82 PROCURAÇÃO PARTICULAR	
3º OFÍCIO DE NOTAS	

CARTELA DE NOTAS CONSULTE O SELO DIGITAL	CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO 3º OFÍCIO DE NOTAS José Hamilton A. Cardoso Escritor Autorizado Teresina - PI
--	---



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677520 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º E 3º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICA E DESBRIDAMENTO). VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 08 E 11.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. DURVAL TERCIO NUNES LEAL, CRM/PI 1995, 29/09/2019. VÍTIMA EM TRATAMENTO POR 06 MESES.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677520 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º E 3º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICA E DESBRIDAMENTO). VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 08 E 11.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. DURVAL TERCIO NUNES LEAL, CRM/PI 1995, 29/09/2019. VÍTIMA EM TRATAMENTO POR 06 MESES.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PI 9020170687686 Nº 014208058486
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VA 1 1166132258 COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
2019
NOME
VALDIR PAULO DE SOUSA

CPF / CNPJ 18534457387 PLACA PIW-6889

PLACA ANT / UF 9C2KD0810UR058707

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

CAP / POT / CIL 002F/162CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1ª IPVA

PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª PAGO

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

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

TERESINA

PROV. VANDERLEI

PROV. VANDERLEI

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 014208058486 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

VA 1 18534457387 CPF / CNPJ 1166132258 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 27/9/2019

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANOS FAB 2018

PREMIO TARIFARIO 40,04

IOF (R\$) 4,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

IOF (R\$) 0,32

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 23/09/2019

TERESINA

PROV. VANDERLEI

PROV. VANDERLEI



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433285/19
Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA
CPF: 185.344.573-87
CPF de: Próprio
Data do acidente: 14/09/2019
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A
Titular do CPF: VALDIR PAULO DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

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
Outros

LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA : 065.372.103-05

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

VALDIR PAULO DE SOUSA : 185.344.573-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA
CPF: 065.372.103-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA

Paula Vargens Mendes da Costa





Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO
USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série
Série D - N°
1564355

Carimbo da Unidade de Saúde

05.522.917/0029-70
Hospital de Urgência de Teresina
Dr. Zenon Rocha
Rua Dr. João Nilo, 1530 - Rodenção
CEP: 640-0770

Nome do paciente EDNAN SOARES COUTINHO	Número do Prontuário 1564355
Endereço	Bairro

ATESTADO MÉDICO
ATESTADO QUE O PACIENTE ATUAL
CUMPRANDO COM FULCRO NO
LIGAMENTO TRATAMENTO DE
GRANDE FRATURA ETTORAL DO
DE ESQUELETO ATUAL SEM
PREVISÃO DE ALTA HOSPITALAR.
A SUBMETIDO A AMPLAÇÃO
DE SEUS DO DE. SEU LIGAMENTO
ADAPTAMENTO DO TRATAMENTO
POR OBLÍQUO LIGAMENTOS.

Data
29/09/2019

Durval Terezo Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636
Carimbo e assinatura do(a) profissional



**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)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: VALDIR PAULO DE SOUSA		Prontuário: 522846
Mãe: RAIMUNDA TERESA DE JESUS	Pai:	
End.Resid.: RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 03/08/1961	Idade: 58anos	Sexo: Masculino Fone: 86-99542-2696
Responsável: VANDO	CNS: 700008730921001	
Profissão: PEDREIRO	Documento: CPF: 185.344.573-87	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Desq./Divorciado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 741413	Entrada: 14/09/2019 18:38:53	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Hemorragia menor incontrolável	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO LESÃO CORPO CONTUSO EM MMIL. CONSCIENTE, ORIENTADO.		ISAAC GUEDES ALVES ALCOFORADO COSTA 315296 Em: 14/09/2019 19:16:37

3SVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (MOTO COM CAMINHÃO) COM USO DE CAPACETE HÁ 1 HORAS. RELATE QUE SE CHOCOU CONTRA O CAMINHÃO A) VIAS AEREAS PERVIAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII E) CORTE EM DORSO DE PÉ ESQUERDO

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

Exames Complementares: (1309827) - PE OU PODODACTILO ESQUERDO (1309828) - PE OU PODODACTILO DIREITO
--

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto)	DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____ : ____
--	---------------------------------	--------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 14/09/2019 19:55:55

**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

ORTOYRIZA
RAIO X REALIZADO

14/09/19

2081

20:57

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

Imp: 14/09/2019 19:56:16

(User: ANTONINO MOITA)

(Estação: CONSULPA03)

Nome: VALDIR PAULO DE SOUSA		Prontuário: 522846
Mãe: RAIMUNDA TERESA DE JESUS	Pai:	
End.Resid.: RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 03/08/1961	Idade: 58a1m1d	Sexo: Masculino Fone: 86-99542-2696
Responsável: VANDO	CNS: 700008730921001	
Profissão: PEDREIRO	Documento: CPF: 185.344.573-87	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Desq./Divorciado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Idioma: 741413	Entrada: 14/09/2019 18:38:53	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Hemorragia menor incontrolável	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSO EM MMII. CONSCIENTE, ORIENTADO.		ISAAC GUEDES ALVES ALCOFORADO COSTA 315296 Em: 14/09/2019 19:16:37

SVV: (Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg
----------------------	-----------------------	------------------------	-------------------	----------------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (MOTO COM CAMINHÃO) COM USO DE CAPACETE HÁ 1 HORAS. RELATE QUE SE CHOCOU CONTRA O CAMINHÃO

A) VIAS AEREAS PERVIAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS.

C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS FOTOREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII

E) CORTE EM DORSO DE PÉ ESQUERDO

Diagnóstico Inicial:

?

CID:**Exames Complementares:**

(1309827) - PE OU PODODACTILO ESQUERDO

(1309828) - PE OU PODODACTILO DIREITO

Prescrição Médica:

RX: FRATURA

EXPOSTA 2,3 e METATARSOS

PE (E)

+ DESVENDAMENTO

CD: 40 CC

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /**HORA:** :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 14/09/2019 19:56:15

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181240178540000009809271>

Número do documento: 2006181240178540000009809271

**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

RAIO X REALIZADO

14/09/19 19:56:16

2018

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

Imp: 14/09/2019 19:56:16

(User: ANTONINO MOITA)

(Estação: CONSULPA03)

Nome:	VALDIR PAULO DE SOUSA	Prontuário:	522846
Mãe:	RAIMUNDA TERESA DE JESUS	Pai:	
End.Resid.:	RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento:	03/08/1961	Idade:	58a1m11d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99542-2696
Responsável:	VANDO	CNS:	700008730921001
Profissão:	PEDREIRO	Documento:	CPF: 185.344.573-87
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Desq./Divorciado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	741413	Entrada:	14/09/2019 18:38:53	Convênio:	S U S	Proced:	0301060061
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEDAS	Hemorragia menor incontrolável	Amarelo
Breve História Clas. Risco:		
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSO EM MMII. CONSCIENTE, ORIENTADO.		
		ISAAC GUEDES ALVES ALCOFORADO COSTA 315296 Em: 14/09/2019 19:16:37

SVV:	(Hora: ____:____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m ²	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (MOTO COM CAMINHÃO) COM USO DE CAPACETE HÁ 1 HORAS. RELATE QUE SE CHOCOU CONTRA O CAMINHÃO

- A) VIAS AEREAS PERVIAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS.
- C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
- D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII
- E) CORTE EM DORSO DE PÉ ESQUERDO

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	

Exames Complementares:

- (1309827) - PE OU PODODACTILO ESQUERDO
- (1309828) - PE OU PODODACTILO DIREITO

Prescrição Médica:

RX: FRATURA EXPOSTA 2^o 3^o METATARSOS
PE (E) + DESLUXAMENTO. CD: 40 CC

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)	DATA:	HORA:
	/ /	: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 14/09/2019 19:56:15



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181240178540000009809271>

Número do documento: 2006181240178540000009809271

Num. 10330357 - Pág. 24



PRESCRIÇÃO MÚLTIPLA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC		IDADE	CLÍNICA	232	16	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
VALDIR PAULO DE SOUSA		522846		03/08/1961		58	Ortopédica	HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES		
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA											
01/10/19	FRAT EXP DO 2º, 3º MITTE + LESÃO DE PARTES MOLES											
	50ml c/c 6h											
1	Dieta oral pastosa											
2	Jelco salinizado											
3	Dipirona 01 amp + AD EV 6/6hs											
4	Ranitidina 50mg 01 amp + AD EV 8/8hs											
5	Tramadol 100mg 01 amp + SF 0.9% 100ml EV 8/8hs SN											
6	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h											
7	Curativos diários											
8	Cuidados gerais e sinais vitais											
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>Dr. Paulo Henrique L. P. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM: 3357</p> </div>											
	13											
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Dr. Giordano Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho </div>												
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia </div>												

Num. 10330357 - Pág. 25



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

256399

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	25053

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: VALDIR PAULO DE SOUSA				6 - Prontuário: 522846			
CNS:	700008730921001	8-Nascimento:	03/08/1961	9-Sexo:	Masculino	CPF:	185.344.573-87
11-Mãe:	RAIMUNDA TERESA DE JESUS				12-Fone:	86-99542-2696	
13-Resp:	VANDO				14-Cor:	Sem Informaçã	
15-Ender:	RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - CEP: 64069-990						
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial: **Traumatismos superficiais múltiplos não especificados**

24-CID Prin: **T009**

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA		Tempo
29-Clinica:		30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA		34-Data Solicitação: 05/10/2019		35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (FIELSON) Consulta Local: 741413 Consulta SUS: Tempo: 28/10/2019 12:18:4



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____**Fundação Municipal de Saúde****BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO**

DATA 05/10/19

NOME DO PACIENTE: <u>Valdir Paulo de Souza</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>532846</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Infecção</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>01</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Ricardo</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESISTA: <u>Dr. Adriano</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Silene</u>	CPF Nº:

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11306

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	-		LUVA Nº 8,0 18,5	PAR	02/01	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		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	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.		-		Excisos - 04 unid.			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.		-		Sêxtados - 05 unid.			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.		-		Cepon - 03 unid.			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.		-		Munim - 03 unid.			
ALCOFIL		-					
MONONYLON		-					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL		-		CIRCULANTE: <u>Sana</u>			
PROLENE		-					





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Uldemar Reis</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>fratura</i>		
Operação - Tipo <i>limpeza</i>		
Cirurgião <i>Dr. Ricardo Valença</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>07/09</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

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

*fratura 15m na artéria
artéria com cabos com
elastómero 1 ligadura
cabo com 2do
artéria*

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3786 - TEOT: 11305

Mod. 76 HU

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE VALDIR PAULO DE SOUSA				Nº DE REGISTRO			
DATA: 05/10/19	P. ARTERIAL 130x80	PULSO 83	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CRICULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS	
		07:30		08:00		TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3						
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100						
TEMPERATURA T	Cº	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO	38	2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS MAQUINA ANESTESIA						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES LMC em mte							
CIRURGIÕES DR. RICARDO VALENÇA							
ANESTESISTAS DR. ADRIANO L. CAMPO							
PARITICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

IOD 76 - HUT





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
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	24869

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: VALDIR PAULO DE SOUSA	6 - Prontuário: 522846		
7-CNS: 700008730921001	8-Nascimento: 03/08/1961	9-Sexo: Masculino	CPF: 185.344.573-87
Mãe: RAIMUNDA TERESA DE JESUS	12-Fone: 86-99542-2696		
3-Resp: VANDO	14-Cor: Sem Informação		
15-Ender: RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - CEP: 64069-990			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: Infecção Pele (E) mic			
21 - Condições que justificam a internação: Arterioesclerose			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): Ex físico / Rb			
23-Diagnóstico Inicial: Traumatismos superficiais múltiplos não especificados	24-CID Prin: T009	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	Tempo: 	
29-Clinica: 02	30-Carater: Ident.: 01	31-Docum.: 004.798.243-80	32-Doc. Med. Solic.:
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	34-Data Solicitação: 01/10/2019	Carimbo Med.Sol.(CRM) 12084	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: Ednan Soares Coutinho	Usuário: (HERBERT ALENCA) Consulta Local: 741413 Consulta SUS: Impressão: 01/10/2019 16:30:2



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente			Valdir Paulo de Sousa		
Diagnóstico pré-operatório			Infecção Necrose dos pulmões		
Operação - Tipo			LWC (Anastomose) Transverso		
Cirurgião		1º Assistente			
2º Assistente		3º Assistente			
Instrumentador(a)		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)		Drs. Fernando		Rapu...	
Data da Operação		Início		Fim	
01.10.19					
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1- LWC
- 2- anastomose / anastomose
- 3- LWC / anastomose
- 4- Hmóstase
- 5- Sutura

Dr. Ednan Soares Coutinho
TEOT 12.994
CRM-P 3849

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Valdir Paulo da Silva</i>						Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>01.10.19</i>	P. ARTERIAL <i>135x85</i>	PULSO <i>85</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO <i>65kg</i>	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA <i>10.9</i>	HEMATOCRITOS <i>32%</i>	GLICEMIA	DOS. URÉIA <i>23</i>	
EXAMES DE URINA <i>TP: 87% OU: 0.7</i>							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Estável hemodinamicamente</i>						ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>Não</i>						ASMA <i>Não</i> BRONQUITE <i>Não</i>	
SISTEMA DIGESTIVO <i>Jejum Completo > 8h</i>				SISTEMA URINÁRIO <i>Não</i>			
ESTADO MENTAL <i>Claro 15</i>				CORTICOIDES		OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Orquiectomia / Neoplasia pós amputação traumática</i>						FÍSICOS <i>ASA 1</i>	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <i>0</i>				APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO <i>30%</i>					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100					<i>Orquiectomia 50mg Diprivan 2mg Exantema 10mg Fentanil 50mg Diprivan 2mg T1/T2 20mg</i>
TEMPERATURA T		Cº 260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					SEQUÊNCIA
P. ARTERIAL V O PULSO		38					1) Check list pré-an 2) Jejum 3) Antipirético 4) Verificação pré- 5) Sedação leve 6) Anestesia profunda 7) Anestesia profunda 8) Anestesia profunda 9) Anestesia profunda 10) Anestesia profunda 11) Anestesia profunda 12) Anestesia profunda 13) Anestesia profunda 14) Anestesia profunda 15) Anestesia profunda
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120					DURAÇÃO <i>45min</i>
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60					
RESPIRAÇÃO O		20					
SÍMBOLOS <i>RSB 25% 25% 25% 25%</i>							
TÉCNICAS <i>Perioperatória</i>						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <i>Orquiectomia</i>						<i>Sem incidentes</i>	
CIRURGIÕES <i>Dr. Raul</i>							
ANESTESISTAS							
PARITICULARIDADES <i>Não comorbidades e alergias</i>							

MOD 76 - HUT



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



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01, 10, 19

NOME DO PACIENTE: Valda Paulo de Sousa	PRONTUÁRIO Nº: 522845
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raquel	Nº DA SALA: 02
CIRURGIÃO: Dr. Raul	CPF Nº
AUXILIAR:	CPF Nº
ANESTESIA: Dr. Fernando	CPF Nº
INSTRUMENTADORA: Dapre	CPF Nº

**ATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 40/55	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		Prepar	UN	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Raul			
LENDO							



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: VALDIR PAULO DE SOUSA Nº PRONT: 522846 Nº LAUDO: 256537

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO
SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU
DEMORADA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO.

DATA: 11/11

 Justica Sergio Leite Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT
ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR

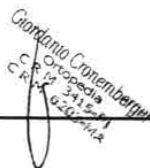


ATESTADO MÉDICO

Atesto que Valdir P. de Jesus

Cart. Prof. Nº _____ Série _____
necessita de 15 dias de licença para tratamento de saúde a partir
de 29/09

Teresina, 11 de 09 de 20 19


Giordano Grotemberger
CRM 34150
C.R.M. 020214

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

