

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

Para mais explicações, 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/BIBLIOTECAWEB/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, FLM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre De Jesus Sampaio Sousa Júnior
inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.930.763 / 42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Dehilson Da Silva Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.339.643 / 65
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Dehilson Da Silva Alves
inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.339.643 / 65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios
☒ Recusa informar

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

Endereço: Rua Francisco Félix Filho
Bairro: Cristo Rei Cidade: Teresina
E-mail:

Número: 1801 Complemento:
Estado: PI CEP: 64014-320
Tel (DDD): (86) 99970-3592

Local e Data: Teresina-PI, 28 de agosto de 2019

Alexandre De Jesus Sampaio Sousa Júnior
Assinatura do Declarante



R\$ 39,99

VENCIMENTO

20/07/2019

EMIÇÃO: 02/07/2019

POSTAGEM: 09/07/2019

FATURA: 3881657166

ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR
FRANCISCO FELIX FILHO, 1801
CRISTO REI
64014-320 - TERESINA - PI

CLIENTE: 145374706

CPF/CNPJ: 03793076342

ACESSO: 86 99970-3592

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000145374706014

IMPORTANTE PARA ALEXANDRE

Participe do Conselho de Usuários da TIM. Mais informações: www.tim.com.br/conselhodeusuarios.

RESUMO DA SUA CONTA DE 01/JUN A 30/JUN

Serviços TIM S.A.

VALOR



TIM Controle A Plus

R\$ 39,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM Controle A Plus: 86999703592 (088/PÓS/SMP)

TIM Backup 5GB

TIM Banca Jornais

Desconto TIM Backup 5GB

Desconto TIM Banca Jornais

Desconto Franquia

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	-	-	49,99
-	-	1	-	-	Incluído
-	-	1	-	-	Incluído
-	-	2/12	-	-	-0,78
-	-	2/12	-	-	-2,50
-	-	2/12	-	-	-6,72
Total de Mensalidades					39,99

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

POSTO/TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,18
ICMS	30%	R\$ 46,87	R\$ 14,06	FUNTEL	R\$ 0,08
INSC/OPS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços de Telecom	9,25%				

Envio de mensagens e MMS (160) e FORTTEL (1,50) não são cobrados às tardes
As contribuições ao FUST (11%) e FUNTEL (0,50) não são cobradas às tardes

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)	
Incluídos no(s) Plano(s)	
Franquia(s)	R\$ 14,58
SVA	R\$ 18,46
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ -6,72
Desconto(s) SVA	R\$ -1,18

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade em cadastrar e pagar em débito automático e ainda ganha um bônus de internet toda mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000145374706014

MÊS DE REFERÊNCIA
JUL/2019

DATA DE EMISSÃO
02/07/2019

DATA DE VENCIMENTO
20/07/2019

VALOR
R\$ 39,99

VIA BANCO

84640000000-2 39990109011-4 00388165716-1 00093635491-6

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/0001-99 (Insc. Estad.: 19.301.383-8)
Nº da Fiel: 021730788
Regime especial de tributação e cobrança pela SEPE 2018

Para consulta
consulte, informando
o seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiel: 021730788

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEL foi criada
pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAR/2019	10-06-2019	209,38

JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES
R. CABO AMADOR 348 348 B-URBANO
CPF: 00000082276323

CONSUMO		DÍGITO	
Atual	2540	Atual	15/05/2019
Anterior	2330	Anterior	15-04-2019
Consumo de Multiplicação	2330	Próxima Leitura	13-06-2019
Consumo Médio	1,000	Emissão	14-05-2019
Consumo Padrão	210	Apresentação	15-05-2019
Forma de Pagamento	210 de irregular EGAN	Dias de Consumo	15-05-2019

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Paralela	Código Fat.	Média 12 meses
MONO	A2008630	1.1.1.1	164		

ABR/19	180	CONSUMO	210 A R\$ 0,927626 =	193,75
MAR/19	170	CONTR. ILUMINACAO PUR. (COSIP)		15,63
FEV/19	168	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 1,04	
JAN/19	137			
DEZ/18	136			
NOV/18	134			
OUT/18	202			
SET/18	167			
AGO/18	183			
JUL/18	138			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano: 04/2019 Valor R\$: 173,73

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica por não pagamento das contas vencidas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar em suspensão da ligação do nome do consumidor na SEPE. Informamos ainda a existência de débitos vencidos e não pagos no valor de R\$ 15,63 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados todos os débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09) LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição	7949,66	70,74	0,00	Alíquota CMS			
Energia				Valor do CMS	193,75	141,43	
Transmissão	38,11			Valor do PS	27,00%		
Fiscais	73,63			Valor do CORNS		52,31	
Tributos	12,45						
0,00				1,40%			
0,47				0,49%			
0,00				0,00			

TERESINA-MARQUES

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/0001-99 (Insc. Estad.: 19.301.383-8)

SEU CÓDIGO	03/2019	50,30
0540343-0	TOTAL A PAGAR - R\$	209,38
MES FATURADO	VENCIMENTO	
03/2019	10-06-2019	
Nº da Nota Fiel:	021730788	FLRM

83610000002 2 09380017000 8 00000000540 5 34300519008 1



SEQ.: 00160 UC: 0540343-0 DT. LEIT.: 15/05/2019 F. ENTR.: 02
LEITURA: 2540 NORMAL TOTAL: 209,38 CARGA: 075
DT. VENC.: 10-06-2019 TREM.: 000 COLETOR: 2061

28 AGO 2019
PJ CORRETORES
DE SEGUROS
DPVAT



Dados do Chamado	01 N° do chamado 4024	02 Data do chamado 28/05/19	03 PRO (código) 2904	04 Saída do PA 22/20	05 Chegada ao local 22/36
	06 Saída do local 22/53	07 Chegada ao 1º hospital 23/19	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. A-47 Frente 01	11 Bairro Mocambinho	12 Município-UF Tere-Pi	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Frente Igreja Santa Joana D'Arc S/A				
Dados do Paciente	14 Nome Denilson da Silva Alvim	15 Sexo Masculino	16 Idade 27		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		18 Sexo Masculino		
Tipo de Ocorrência	19 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				
	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado				
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança			
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 88 Resp. 18 PA 120/80 TAX. 20 SatO2 98%	25 Local da lesão 			
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não				
Assistência	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 10				
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (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)				
	32 Hospital de Destino HUT				
Observações Interdisciplinares	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado				
	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte				
Vítima de colisão entre carro e moto, apresentando trauma com lesão em mandíbula, escoriações em joelhos e lesão extensa em pé direito. Consciente, orientado, eupneico, normotensor, perfuso, imobilizado em prancha longa Mega DM, HAS e alergia medicamentosa. Acompanhado por uma amiga. Casteja na do mesmo lado para a amiga do mesmo que o acompanhante.					
Responsável pela recepção: _____ Socorristas Médico: _____ Enfermeiro: _____ Condutor: Edivaldo Pereira					

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DADS (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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ 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: CONTA:

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 assinado, solicito o prosseguimento do 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 do 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 (a) (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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura de testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura de testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002781/2019-53

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 23/07/2019 - 14:46

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA DA QUADRA 47, Nº:

Complemento

Data/Hora

28/05/2019 - 21:20

Bairro

MOCAMBINHO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DENILSON DA SILVA ALVES

RG: 2992402

Mãe: JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES

Endereço: RUA CABO AMADOR, VILA CARLOS FEITOSA, Nº 348

Bairro: SÃO JOAQUIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-3566-3508

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 FAN. ANO 2010/11, PLACA NIR-0367, PROPRIETÁRIO ANTONIO JULIO RODRIGUES, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO NUM CRUZAMENTO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, ONDE FOI LESIONADO. SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT. PRONTUÁRIO 512540, RELATA QUE O CONDUTOR DO VEICULO NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA. ERA CO QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Assessor de Polícia

Denilson da Silva Alves
DENILSON DA SILVA ALVES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055.399.643-65 4 - Nome completo da vítima: Denilson Da Silva Alves

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

5 - Nome completo: Denilson Da Silva Alves 6 - CPF: 055.399.643-65
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Cabo Araden 9 - Número: 398 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Joaquim 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64005-340
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 99970-3592

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 95055

AGÊNCIA: CONTA:

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 assinado, solicito o prosseguimento do 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 do 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 (vairasos)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura de testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura de testemunha

40 - Local e Data, Teresina-PI, 28 de agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190501711

Vítima: DENILSON DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 28/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DENILSON DA SILVA ALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: DENILSON DA SILVA ALVES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000095055-9

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,



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190501711

Vítima: DENILSON DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 28/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DENILSON DA SILVA ALVES

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

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: 05/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENILSON DA SILVA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000095055-9

Nr. da Autenticação 228D31FEB7C7580

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Denilson Da Silva Alves
RG: 2.992.402 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 055.399.643-65
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Cabo Amador No 348
Bairro: São Joaquim Cep: 64005-340 Cidade/UF: Teresina-PI
Telefone: (86) 99555-3508 () ()

OUTORGADO:

Nome: Alexandre de Jesus Sampaio Sousa Júnior
RG: 2728865 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 037.930.763-42
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Administrador
Endereço: Rua Francisco Félix Filho No 1801
Bairro: Cristo Rei Cep: 64014-320 Cidade/UF: Teresina
Telefone: (86) 99970-3592 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, tratar, assinar, requerer e retirar prontuários junto à rede hospitalar pública, privada e municipal: HUT, HPM E UPA- DPVAT, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Denilson Da Silva Alves

CPF: 055.399.643-65 Data do Acidente: 28 / 05 / 2019

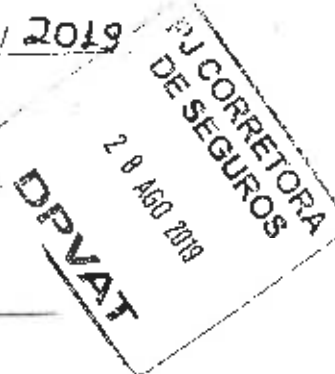
Cobertura solicitada: (X) Invalidez Permanente () DAMS () MORTE

Teresina-PI, 07 de Junho de 2019

Local e data

Denilson da Silva Alves

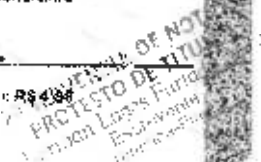
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



2ª SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DE NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS
RUA BARROSO, CENTRO - Nº 1009, TERESINA - PIAUÍ
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DENILSON DA SILVA ALVES
EM TEST. DA VERDADE, DOU.FE. TERESINA, 07/06/2019 13:31:30
SELO AA035747-1ED3 CONSULTE EM www.tjpi.jus.br/portal/extra

Kerem Lages Furtado Silva
KERMAN LAGES FURTADO SILVA - ESCRIVENTE

Emol. R\$ 3,85 T.J. R\$ 0,77 M.P. R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0295296/19

Vítima: DENILSON DA SILVA ALVES

CPF: 055.399.643-65

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 28/05/2019

Titular do CPF: DENILSON DA SILVA ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR : 037.930.763-42

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

DENILSON DA SILVA ALVES : 055.399.643-65

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: 28/08/2019
Nome: ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR
CPF: 037.930.763-42

ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Denilson da Silva Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 512540

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".

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matriculada 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Chirurgiāo

1° Assistente

2^a Assistente

3° Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data de Operação

Início

Firm

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

2019 AGO 18

28 Aug 2015

João Luis Mendes de Mesquita
Matrícula: 41320
SAB - HUT
CONFERE COMO ORIGINAL

Ortopedia 29/05/19 00:35

Faixa com Kibler, acalhar
protótipos com furos em região
Schneidman; entre 2; Teller D, Tanager
Dinto; negro Pirene e/ou Pirene...
apresentar Furo. com 2 ventos
Profundo Tanager Preto

(1) Bo entre 2; Tanager D, P-9, Teller
diabolus Tanager com 2 ventos
CD = encastre a 2 ventos
Lbani furo duros especial

BUCOMAXILO 03:46 PM 29/05/2019

Ao exame clínico nota-se laceração em região submentual
e a limitação da abertura bucal
Ao exame de imagem apresenta fratura favorável em região
de corpo mandibular e sem deslocamento

H.D: laceração em face / FRATURA DE MANDIBULAR
CD: INTERNAÇÃO & PLANEJAMENTO CIRÚRGICO PELA BUCOMAXILO APÓS ALTA DAS
DEMAIS ESPECIALIDADES

Dr. Caio César Silva França
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Bucco Maxilo Facial
CRO-4078 PI

04:10 CC 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

Assim como todos de Mesquita
Márcio 17390
SANTO HIL
COPIA COM O ORIGINAL



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Demilson da Silva Alves</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>FRATURA DE MANDÍBULA</i>		
Operação - Tipo <i>Osteomítese de mandíbula</i>		
Cirurgião <i>Jose Gilio</i>	1º Assistente	<i>Maria Cândida de A. Lopes</i> Cirurgia Buco Maxilo-Facial CRQ-PI 1212/CF 396.102.503-78
2º Assistente.	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Lana</i>	Anestesista <i>Pedro Victor</i>	Anestesia <i>geral</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

28 AGO 2016
DE SEGUROS
CORRETORA
DPVAT

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

*pele com antissepsia + campos + luvas
antissepticas + elevação do tecido +
abertura da fratura + redução
e fixação com 1 placa e parafusos
do sistema 2.0mm + suturas*

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula 47390
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. Juscelino Lopes da Silva
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRQ-PI 861

URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Denilson Alves da Silva Alves

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DORVALDO DA SILVA ALVES			Ortopédica	229/01		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
	FACILITADOR DE LER				L200 SSW 7 24 bpm PA: 115x65 mmHg	
					Célio Roberto C. Nunes COREN-PA 15787-E	
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO		Ediana Nogueira Visto Nutricionista CRNPI 3716			
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN		24:00h PA = 140x90 mmHg			
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H		P = 112 bpm TE 87			
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H					
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN					
8	CURATIVO					
9	CCGG + SSV					
	10 - Tala Bo 1x					
	11 - Alcinosa Bencurlo					

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Devilson Alves da Silva	PRONTUÁRIO	812.540
DA CLÍNICA	OTAP	LEITO	229101
À CLÍNICA	Buço		

MOTIVO DA CONSULTA

trauma de face

DATA: 30/05/2019

DPVAT
Dr. Ricardo Vitor
Otopedia
Fone: 3766-7777
Fax: 156-7777
ASS. MÉDICO CONSULTANTE
11305
156-0561
CORRETORA
DE SEGUROS
28 ABO 2019

PARECER

Paciente vítima de acidente automobilístico com trauma em face, escoriações em região de corpo de mandíbula, limitação de abertura bucal. Ao exame panorâmico paciente apresenta fratura de região de ângulo de mandíbula lado esquerdo.

Conduta: Intervenção cirúrgica para redução e fixação de fratura.

Janaína Mendes de Mesquita
Matrícula 77390
SAME - HUT
FOTOCOPIAR ORIGINAL

Dr. Wesley Lima Andrade
Esp. Cirurgia e Patologia
Bucco Maxilo-facial
CRO-4033 PI

DATA: 30/05/2019

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC.	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DENILSON ALVES DA SILVA		512540	28/11/1991	27	Ortopédica	229	1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI: 28/05/2019	LESÃO PATES MOLES EM TNZ D							
30/05/19								
1	Dieta oral livre						08h. Realizado cura.	
2	Gelco salinizado						Troca, I e Limpa	
3	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						e Seta - Ades 6682	
4	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						J2h P.A. 146/84mmHg	
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						Ades 6637	
6	Bromoprida 10mg/ml - 1amp + AD EV 8/8hs SN						23:00 PA: 140/90mmHg	
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						P: 78 bpm Tax 37.9°C.	
8	Fiasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						- Ec. Edm 4936	
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
10	Curativos diários							
Dr. Giorgio Cronembregger / Dr. Yuri Ivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT12305 / CRM3367								



239964

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AUDO 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 executora: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	239964

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	DENILSON DA SILVA ALVES			6 - Prontuário:	512540
7-CNS:	706205564833068	8-Nascimento:	28/11/1991	9-Sexo:	Masculino
				RG:	2992402 - SSP PI
11-Mãe:	JORLEMA DA SILVA ALVES RODRIGUES			12-Fone:	86-99561-7881
13-Resp:	GRECIA DA ROCHA			14-Cor:	Parda
Endez:	QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - CEP: 64000-010				
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: T009	<i>Handwritten: Navega com lesões de pele, feridas profundas, etc.</i>
21 - Condições que justificam a internação:	<i>Handwritten: feridas</i>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):	<i>Handwritten: 2</i>
-Diagnóstico Inicial:	24-CID Prim: T009
Traumatismos superficiais múltiplos não especificados	25-Sec: 26-CID C.Ass: 2

Stamp: 18 MAI 2019, 13 CORREIOS DE SEGUROS, DEPARTAMENTO, Joana Luiza Mendes Alcantara, Matrícula: 2200, SAME HUT, CONFERE COM O CTM

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.: 0413040178		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA		1-Data 01/05/2019
29-Clinica:	30-Charáter: Ident.: 02 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 877.154.063-68	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA		34-Data Solicitação: 28/05/2019		

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-CBOK:
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: 04/06/19	Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Autismo DICA/PAIS CRM-PI 1109 - CPF 760.903.581-9 CNS 00000000000000000000
48-Docmento: () CNES () CPF	49-Num. Documento:		
50-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):			51 Assinatura Paciente ou Responsável: a Lyrio Pinduro
52- Ass. Local (Rq. Conselho):			
53- Ass. SUS (Rq. Conselho):			Usuário: ISOLYNN BREDO Consulta Local: 722614 Consulta SUS: Impressão: 29/05/2019 04:58:46

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 209672	
	AIH: 2219100424145	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 706205564833068	NOME DO PACIENTE DENILSON DA SILVA ALVES	NASCIMENTO 28/11/1991	SEXO M	PRONTUÁRIO 512540
DOCUMENTO CPF 8695541497	TELEFONE 8695541497	NOME DA MÃE JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES	RESPONSÁVEL 512540	
CEP RUA 04	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA 04			NÚMERO / LOTE 348
BAIRRO SAO JOAQUIM	COMPLEMENTO VILA CARLOS FEITOSA	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM USO DE CAPACETE HÁ APROX 1H, NEGÁ PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, OTORRAGIA E RINORRAGIA. RELATA DOR EM MANDÍBULA E PÉ D.A) VIAS AERÉAS PERVIAS COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RÔNCOS OU SIBILOS, SAT O2: 99% C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PÉLVE ESTÁVEL. PULSO: 85DP GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS FOTOREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII) ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EF

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

841304D178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA CPF: 87715406368 CRM:
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 28/05/2019
DATA ADMISSÃO 28/05/2019 23:14	DATA ALTA 01/06/2019 10:25
MOTIVO ALTA PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

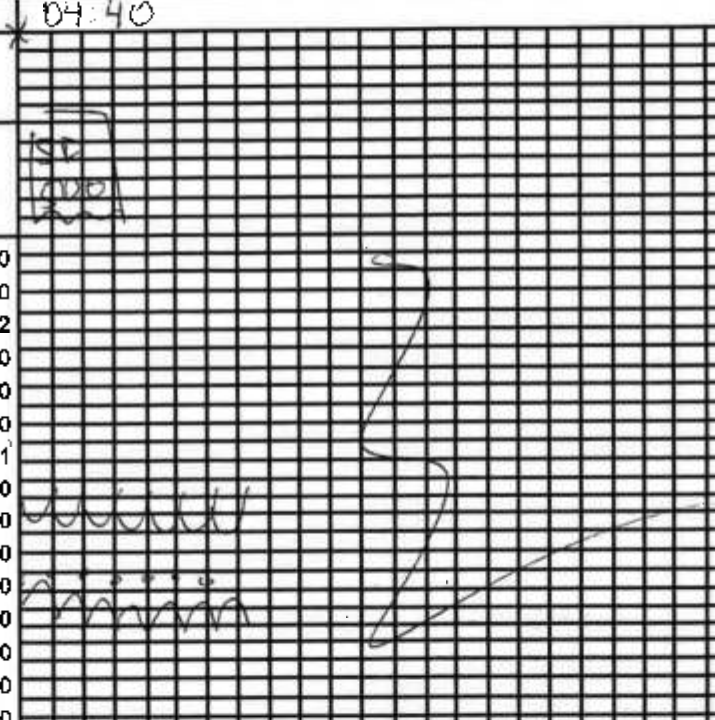
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 03834832391 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE E AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 29/05/2019 09:30:35 CPF: CRM: DATA ANÁLISE:
---	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

João Luis Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O C.F. 1000

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Denilson de Silva Alves</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>29.05.19</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>ASA I, nega alergias</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	<i>04:40</i> 			TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100				TOTAL DE DOSES
TEMPERATURA		Cº				TOTAL DE DOSES
P. ARTERIAL		38				TOTAL DE DOSES
V. O. PULSO						TOTAL DE DOSES
INÍCIO E FIM ANESTESIA		X				TOTAL DE DOSES
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						TOTAL DE DOSES
RESPIRAÇÃO		O				TOTAL DE DOSES
SÍMBOLOS						TOTAL DE DOSES
TÉCNICAS						TOTAL DE DOSES
OPERAÇÕES			TOTAL DE DOSES			
CIRURGIÕES			TOTAL DE DOSES			
ANESTESISTAS			TOTAL DE DOSES			
PARITICULARIDADES			TOTAL DE DOSES			

Cefazolin 2g
Bromopride 1 conf
Rextra 1 FR
Dipirone 2g
Dexametazone 1 amp
 SEQUÊNCIA
 1 *Raqui anestesia*
 2 *c. 10 minutos*
 3 *G 13-14*
 4 *liquor claro*
 5 *bupivacaina*
 6 *perda 13 mg*
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15

INCIDENTE - ACIDENTE

28 ABO 2019
 SECRETARIA DE SEGUROS

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

João Luís Mendes de Menezes
 Matrícula: 47390
 SAMB-MUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29 / 05 / 2019

NOME DO PACIENTE: <u>Renilson de Siqueira Alves</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>512540</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Int. Abert. de Abd. (M)</u>	CIRURGIA: <u>Int. Abert. de Abd. (M)</u>
ANESTESIA: <u>Kloral + Fentanyl</u>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>Roberto</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Leonardo</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Flavê</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 710	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	120		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	10		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	07	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 30	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Bisturi: 05 Luvas: 05 Algodão: 01 Enferm. 105 Algodão: 01 Enferm. 105			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 20				ENFERMARIA: <u>Joiane</u>			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Ronno</u>			
VICRYL							
PROLENE							

Joana Lúcia Mendes de Albuquerque
Matrícula: 47390
SAÚDE
CONFERE COM O ORÇAMENTO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Joanne da Silva Alves</u>	IDADE _____ anos	DATA <u>29/05/2019</u>
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>05 hs 30 min</u>	TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO	
CIRURGIA REALIZADA <u>LMC INE</u>	CIRURGIÃO _____	

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>136/47</u>	<u>120/57</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>84</u>	<u>71</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98</u>	<u>100</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	—	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	—	
NOME/MATRÍCULA	<u>Paula</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☒
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐
SPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO 			TOTAL	<u>10</u>
ESCALA DE DOR SAÍDA 			ASS.	

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasogástrica () Nasojejunal
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

SOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
05:30 Admitido na EPA no pos de LMC de natureza exp. de torácico, sob efeito de raqui-anestesia, consciente, orientado, eufórico, apg 98/60, saturação 100%.

07:15 Realizados curativos na região submandibular, que apresentam lúcido.

08:00 Alta da SRPA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA COM HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA
-------------------	---

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () PORT () NEU () CIR () MÉD



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29 / 05 / 2019

NOME DO PACIENTE:	Renilson de Siqueira Alves	PRONTUÁRIO Nº:	512540
DIAGNÓSTICO:	Lesão Aberta do Abdômen	CIRURGIA:	Peritonectomia
ANESTESIA:	Ramipal + Fentanyl	Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	Dr. Rogério	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Leandro	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Rogério	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Flávia	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	120		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	10		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	07	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 30	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Buletudo: 05. Expon: 05. Algodão esterilizado			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 20							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	Joana		
VICRYL				CIRCULANTE:	Ronne		
PROLENE							

Joana Lúcia Mendes de Almeida
 Matrícula: 47390
 SANE - 11/7
 CENTRO DE CONTROLE DE QUALIDADE



240216

No. da Autorização de Internação Hospitalar (A.I.H.)

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

240216

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DENILSON DA SILVA ALVES

6 - Prontuário: 512540

7-CNS: 706205564833068

8-Nascimento: 28/11/1991

9-Sexo: Masculino

RG: 2992402 - SSP PI

4-Mãe: JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES

12-Fone: 86-99561-7881

13-Resp: GRECIA DA ROCHA

14-Cor: Parda

15-End: QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBINO I - CONJ. MOCAMBINO - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

pt e adotou su a tura da orelha da
mão com trauma de fratura

21 - Condições que justificam a internação:

fratura da face

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

TC face mostra fratura mandibular

Diagnóstico Inicial:

Fratura de mandíbula

24-CID Prim:

S026

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0404020500

OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA

Tempo SUS

3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

181.004.063-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

JUSCELINO LOPES DA SILVA

01/06/2019

Dr. Juscelino Lopes da Silva
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRM-PI 361

35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOE:

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:

04/04/19

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Medicina ORCAMPAS
CRM-PI 1839 - CPT-163837-9
2019-06-04

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)
Consulta Local: 123414
Consulta SUS:
Impressão: 01/06/2019 10:24:40

Assinatura de Juscelino Lopes da Silva
Matri. 361
SAME - 17
CONFERE COMO ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 210801	
		AIH: 2219100424156	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO			

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 706205564833068	NOME DO PACIENTE DENILSON DA SILVA ALVES	NASCIMENTO 28/11/1991	SEXO M	PRONTUÁRIO 512540
DOCUMENTO CPF 8695541497	TELEFONE 8695541497	NOME DA MÃE JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES	RESPONSÁVEL 512540	
CEP RTJA 04	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA 04		NUMERO / LOTE 348	
BAIRRO SAO JOAQUIM	COMPLEMENTO VILA CARLOS FEITOSA	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTANDO TRAUMA EM FACE
--

CNDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TRATAMENTO CIRURGICO
--

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) TFC+RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S026 - FRATURA DE MANDIBULA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COB/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 4140420500 - OSTEOSSINTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FRANCISCO DAS CILAGAS BARROSA SOUSA CPF: 87715406368 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 01/06/2019
DATA ADMISSÃO 01/06/2019 10:25	DATA ALTA 02/06/2019 08:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA COMES CPF: 00834832391 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 19/06/2019 09:51:41 CPF: CRM: DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luiza Mendes de Sá
Matrícula: 77800
SAME - HUT
CONFERE COM O CONTINENTE

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Demilson da Silva Silva</i>					Nº DE REGISTRO <i>512540</i>	
DATA: <i>01/06/19</i>	P. ARTERIAL <i>121 x 74 mmHg</i>	PULSO <i>30 bpm</i>	RESPIRAÇÃO <i>12 rpm</i>	TEMPERATURA <i>35,9 °C</i>	PESO <i>80 kg</i>	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <i>Nega com cateterizáveis (ASA I)</i>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Nega alergias</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Jágem completa de 8 horas</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	09:40 10:40 10:40 11:10				TOTAL DE DOSES
1 <i>Sedopon</i>	2 <i>Sedopon</i>					<i>ANALGESIA</i>
3						<i>Sedopon 30ml</i>
						<i>VENOSO</i>
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	<i>350g 350 ml</i>				<i>Pantanol 300mg</i>
	SANGUE 400					<i>Bril. Arter. 50 60mg</i>
	OUTROS 300					<i>Propofol 300mg</i>
	200					<i>Succinilcolina 100mg</i>
	100					<i>Ativan 40mg</i>
TEMPERATURA	CO					<i>Caprogel 2g</i>
T	260					<i>Dexametasona 10mg</i>
	240					SEQUÊNCIA
	220					1 <i>Duponon 2g</i>
P. ARTERIAL	38					2 <i>Ranitidina 50ml</i>
V	200					3 <i>Enoxalona 30mg</i>
O	180					4 <i>Ativan 4mg</i>
PULSO	160					5 <i>Nesitigmina 2mg</i>
	140					6
INÍCIO E FIM ANESTESIA	120					7
X	100					8
	80					9
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	60					10
	40					11
	20					12
RESPIRAÇÃO	10					13
O						14
						15
SÍMBOLOS <i>anestesia: início: 09:40h; fim: 11:10</i>						DURAÇÃO
TÉCNICAS <i>Anestesia geral balanceada</i>					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <i>Exatamento cirúrgico de fratura de mandíbula</i>					<i>Ata anestésica sem</i> <i>anteriores náuseas</i> <i>Joana Lúcia Mendes de Sá</i> <i>Matrícula: 47390</i> <i>SAÚDE - HUT</i> <i>CONFRECO</i>	
CIRURGIÕES <i>Juvenal</i>						
ANESTESISTAS <i>Paulo Victor</i> <i>Paulo Victor dos Santos Junior</i> MÉDICO CRM-M 5525						
NOTAS <i>TOT nasal TOT 3,0 crânio; narina esquerda com cateter</i>					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO	
PARICULARIDADES <i>gel; valipado; pontos de sutura; de extensões; de anéis e</i>					MEDIATAS	
<i>de pontos de sutura; pontos de sutura; pontos de sutura</i>					A SRPA estável, supressa em AA, sem queimas not pda AA: 99.	



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/06/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Dmilson da Silva Alves</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>542540</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Pedro Victor.</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Juscelino</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Randolfo</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Oral</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Jana</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>03</u>		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>06</u>	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>02</u>	
JELCO Nº <u>14</u>	UNID.	<u>03</u>		<u>uso na</u>	un	<u>05</u>	
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 <u>2.0</u>	un	<u>01</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Klénia</u>			
VICRYL <u>4.0</u>	un	<u>02</u>		CIRCULANTE: <u>guy</u>			
PROLENE							

João Luis Mendes de Almeida
Métrica: 47390
SANTO
CONFERE COM ORIGINAL

NOME Denilson da Silva Alves IDADE _____ anos DATA 01/06/2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA ☒ GERAL ☐ RAQUE ☐ BLOQUEIO ☐ PERIDURAL ☐ SEDACÃO

CIRURGIA REALIZADA _____ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>146/66(84)</u>	<u>94/63/87</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>79</u>	<u>96</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>92%</u>	<u>97</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	_____	_____
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	_____	_____
NOME/ MATRÍCULA	<u>Paula</u>	<u>Paula</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90% mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO						TOTAL
ESCALA DE DOR						ASS.

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasogastrica
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

11:20 Paciente admitido na RPA no P.O. de fratura de mandíbula. Sob efeito de anestesia geral - consciente. Respirando espontaneamente. Bom estado geral.

13:00 Paciente niquia - estável.

13:00 Paciente niquia - estável.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

Dr. Agostinho Rocha
Anestesiologista
MATRÍCULA: 47390
SABE - HQT
CONFERE COM O ORIENTADOR

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

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



Joana Luisa Mendes de Albuquerque
Matricula 44390
SAME - FOT
CURSO 2020-2021

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DENILSON DA SILVA ALVES** (Prontuário: 512540)
 Endereço: QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 28/11/1991 Idade: 27a6m14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723914
 Requisição: 959445 Solicitação: 28/05/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
 Controle: 1227664 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 28/05/2019

T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

RELATÓRIO:

- FRATURA ALINHADA NA PORÇÃO INFERIOR DO RAMO MANDIBULAR ESQUERDO, COM EXTENSÃO AO OSSO ALVEOLAR.
- PEQUENO CISTO DE RETENÇÃO MUCOSO NO SEIO MAXILAR DIREITO, INFERIORMENTE.
- DEMAIS SEIOS PARANASAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTIOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDIAIS LIVRES.
- DESVIO DO SEPTO NASAL PARA A DIREITA.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

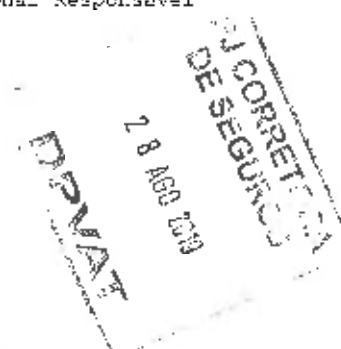
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/06/2019

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 36 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DENILSON DA SILVA ALVES** (Prontuário: **512540**)
 Endereço: **QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **28/11/1991** Idade: **27a6m3d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **239964**
 Requisição: **980851** Solicitação: **01/06/2019** Solicitante: **FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA**
 Controle: **1230537** Convênio: **S U S** CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 01

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 01/06/2019

T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

RELATÓRIO:

- FRATURA NO RAMO ESQUERDO DA MANDÍBULA, FIXADA CIRURGICAMENTE.
- SEIOS MAXILARES, FRONTAIS E ESFENOIDAIIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOIDAIIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIIS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

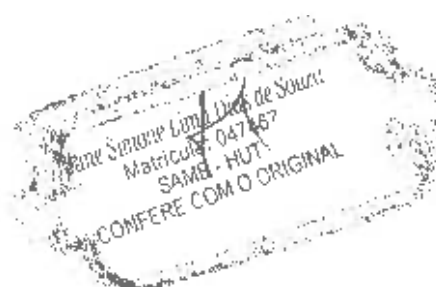
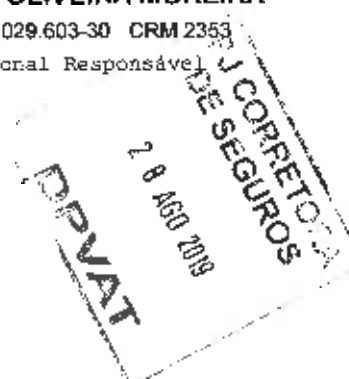
(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 01/06/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170279945 Nº 013227339403
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 270211390 ANO FAB 2010 EXERCÍCIO 2018

ANTONIO JULIO RODRIGUES

18096280325 9C2KC1670BR306974

PLACA ANT/MF 9C2KC1670BR306974

PAIS/MOTOCICLO/HENKHA ALC0/6ASOL

HONDA/CG 150 FAN ESI 2010 2011

002F/149CC PARTIO VERMELHA

1ª IPVA

2ª

3ª PAGO

SEM RESTRICOES DE FIANTE OBRIGATORIO

TERESINA 2/8/2018

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

PI Nº 013227339403 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 2/8/2018

VIA 1 COD. RENAVAM 270211390 ANO FAB 2010 EXERCÍCIO 2018

18096280325 9C2KC1670BR306974

HONDA/CG 150 FAN ESI 2010 09

PRÊMIO TARIFÁRIO

81,28 9,03 90,31

4,15 0,70 185,50

02/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.245.552/0001-04

2ª SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DE NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS
RUA BARROSO, CENTRO - Nº 1008, TERESINA - PIAUÍ

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS. EM TEST DA VERDADE. DOU FE
TERESINA, 07/06/2018 13:34:03
SELO AAD35748 - 1F.A. CONSULTE EM www.tjdj.jus.br/portalextra

KERMAN LAGES FURTADO SILVA - ESCRIVENTE
Emol. R\$ 2,48 TJ: R\$ 0,50 MP: R\$ 0,06 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 3,30

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 AGO 2018
DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190501711 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENILSON DA SILVA ALVES **Data do acidente:** 28/05/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA MANDÍBULA Á ESQUERDA.
FRATURA NO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO MANDÍBULA(PLACA E PARAFUSOS).
TRATAMENTO CIRÚRGICO TORNOZELO (LIMPEZA MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA).
ALTA. (P2/3FC/5FC/10/11/13/15/17/21/22)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA ESTRUTURA CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA ESTRUTURA CRÂNIO
FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio- faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular

Denilson da Silva Alves

CARTEIRA DE IDENTIDADE




DPVAT

28 AGO 2010

PJ CORRETORA DE SEGUROS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.992.402 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/08/10

NOME DENILSON DA SILVA ALVES

FILIAÇÃO

JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES

ANTONIO JULIO RODRIGUES

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

TERESINA-PI 28/11/1991

DOC. ORDEM

CERT. NASC. 234410 L 290 F 149

EXP TERESINA-PI 17/03/10

TERESINA-PI

055.399.643-65

Assinatura do Titular

Assinatura do Intendente

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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Antonio Julio Rodrigues

RG nº 365777, data de expedição 09/03/18

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 180.962.803-25

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Cabo Amodor São Joaquim, nº 348

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

Denilson Da Silva Alves, cujo o condutor era

Denilson Da Silva Alves

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 150 FANESI Ano: 2010/2011

Placa: NIR-0367 Chassi: 9C2KC1670BR306974

Data do Acidente: 28/05/19

Local e Data: Teresina-PI, 07 de Junho de 2019

Antonio Julio Rodrigues

Assinatura do Declarante

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



2ª SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DE NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS
RUA BARROSO, CENTRO - Nº 1908 TERESINA - PIAUÍ

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO JULIO RODRIGUES
EM TEST. DA VERDADE. DOU.FE. TERESINA, 07/06/2019 13:22:36
SELO AAC73944 - 9015V CONSULTE EM www.tpi.jus.br/portalextra

Kerman Lages Furtado Silva
KERMAN LAGES FURTADO SILVA - ESCRIVENTE

Emol. R\$ 3,85 TJ: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,28 Total: R\$ 4,98



NOTAS E
PROTESTOS
de TÍTULOS

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 ABO 2019