

**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)**

<b>NOME:</b> Jose de Jesus da Silva Nunes	<b>RG:</b> 1.448.746	<b>ORG. EMISSOR:</b> SSP/PI	<b>D. EXPEDIÇÃO:</b> 28/08/13
<b>CPF:</b> 758.321.433-53	<b>ESTADO CIVIL:</b> Casado	<b>PROFISSÃO:</b> mototaxi	
<b>ENDEREÇO:</b> R. Francisco Tendade s/n QdX C-23		<b>Nº:</b>	
<b>COMPLEMENTO:</b> casa	<b>BAIRRO:</b> urbano		
<b>CIDADE:</b> Teresina	<b>ESTADO:</b> Piauí	<b>CEP:</b>	<b>TELEFONE:</b>

**OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)**

<b>NOME:</b> Nelle Rose Soares Marques	<b>RG:</b> 4.119.262	<b>ORG. EMISSOR:</b> SSP/PI	<b>D. EXPEDIÇÃO:</b> 23/09/14
<b>CPF:</b> 840.173.173-91	<b>ESTADO CIVIL:</b> Solteira	<b>PROFISSÃO:</b> Recuso	
<b>ENDEREÇO:</b> Rua 2 <sup>4</sup> De Janeiro		<b>Nº:</b>	544
<b>BAIRRO:</b> Lento	<b>CIDADE:</b> Teresina	<b>UF:</b> PI	<b>CEP:</b> 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Jose de Jesus da Silva Nunes

Data do acidente de trânsito : 28/08/2019

Cobertura da vítima : Imobilizado

LOCAL / DATA : TERESINA PI, 13-9-2019

José de Jesus da Silva Nunes

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

NOTARIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º Ofício de Notas  
Alessandro Alves de Sousa  
Escrivão Autorizado  
Teresina PI

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.  
Teresina-PI, 13/09/2019.  
www.tpij.jus.br/portalexterno  
ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-RECREVENTE AUTORIZADO  
Emol: 3 85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 1,498 - OPP: 117  
PROCURAÇÃO PARTICULAR

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		Prontuário: 134436
Mae: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	Pai:	
End.Resid.: QD. X, CS. 23, RES. FRANCISCA TRINDADE - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m2d	Sexo: Masculino Fone: 86-99963-1428
Responsável: MILDRA - ESPOSA	CNS:	
Profissão:	Documento: Reg.Nasc: SEM DOCUMENTAÇÃO	
G. Instrução: Néo informado	E.Civil: Ignorado	

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 176634	Entrada: 18/08/2019 20:47:14	Convênio: SUS	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): QUEDA DE MOTO			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
	HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES ENTREGUE Documento Comprovante Ocupação THE 12/01/2019	Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	Kg	Altura:	M	IMC:	Kg/m <sup>2</sup>	P脉搏:	BPM	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

- Paciente vítima de acidente metacártico há 40 minutos. Refere ter se chocado contra mureta e parede. Apresenta escoriações em face, epistaxe. Apresenta confusão mental. A exame JCG=14. Evacuado, suspeito. Abdomen inócente.

Exames complementares:	CID:
Exames complementares:	

- RX do Tórax. / TC de Crânio + encéfalo + fratura de mandíbula, costela e óbita. Neurologista no HUT.

Prescrição Médica:

① Tramadol 50mg + Omeprazol + SFGX 500mg (glicofosfato) + 800mg / mês. Preenchida solicitação de vaga no HUT (sem urgência).

Motivo da Alta/Encerramento: DATA: / / HORA: / /

Mildra Domingos

Dr. Aderson Aragão Moura  
Gastroenterologista Coloproctologista  
Clínico Bariátrico Hipertensologista  
Endoscopista Laringoscopista  
CRM - PI 4115



NOME DO PACIENTE: José da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 111111

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME  
"O HOSPITAL SÓ EXPÉDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR COPIAS NECESSÁRIAS  
A SUA UTILIZAÇÃO".

José Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 96 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

- Neurocirurgia: OK  
- BUCO-MAXILO: OK

\* Cirurgia Geral: OK

Imp: 19/08/2019 001093247

(User: GILBERTO)

Otorrinolaringologia

(User: GILBERTO)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		Prontuário: 341441
Mae: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	Pai: RAIMUNDO DA SILVA NUNES	
End. Resid.: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m24d	Sexo: Masculino
Responsável: MILDÁ DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES	CNS: 704509364518910	Fone:
Profissão: MOTO TAXISTA	Documento: CPF: 758.321.433-53	E.Civil: Casado(a)
G. Instrução: Não informado		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 736799	Entrada: 18/08/2019 23:50:00	Convênio: SUS	Proced: 0301060029
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
(Conforme Paciente/Acomp):			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEIDAS	Déficit neurológico novo	Amarelo
Breve História Clas. RISCO:		
ACIDENTE DE MOTO DE ALTO IMPACTO, DESORIENTAÇÃO, VOMITO, EPISTAXE, RAIO X EVIDENCIA TRAJA DE MANDIBULA, TRAJA DE BASE, ORBITA ESQUERDA E COSTAL A DIREITA, NEGA ALERGIA. NEGA OUTRAS PATOLOGIAS, NAO FEZ USO DE MEDICAMENTOS		FRANCISCO ALEXANDRE DA SILVA CRM: 117251-PI Ent: 19/08/2019 23:54:17

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 Kg/m²	P脉搏: bpm	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------	----------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE DUAS HORAS. MENCIONA USO DE CAPACETE, MAS O MESMO FOI SACADO DURANTE O OCORRIDO. RELATA PERDA MOMENTANEA DA CONSCIENCIA, NEGANDO VOMITOS, OTORRÉIA OU RINORRÉIA. VEIO TRANSFERIDO DO HOSPITAL BUENOS AIRES PARA AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA, JÁ PORTANDO RELATÓRIOS DE TRANSFERENCIA, ONDE O MESMO CITA REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CRANIO E TORAX, EVIDENCIANDO FRATURA DE FACE, SEM COMOEM REGIÃO COSTAL A DIREITA.
A) VIAS AERÉAS PERTIVAS, FÍSICA SEM COLAR CERVICAL OU PRANCHAS RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR DIMINUIDO A DIREITA, PULSO: 76 BPM, SAT: 92% CIRR, 2T, BNP, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA 120x80mmHg, ABDOME INOCENTE. D) PACIENTE ENCONTRA-SE COLABORATIVO E ORIENTADO. E) ESCORTAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

Diagnóstico Inicial:
<b>CID: S02.4 P: 0404020526</b>

Exames Complementares:
(1287567) - T.C. DE CRANIO (1287568) - T.C. DE FACE (1287570) - T.C. DE TORAX

Prescrição Médica:
SOLICITO EXAMES COMPLEMENTARES E AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROCIRURGIA E CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL), BEM COMO REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL.

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

Assinatura Paciente ou Responsável	ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE CRM: 29/09/2019 108-7
05h - Se houver contato com Bucomaxilo e/ou Kines da Telefonia pt mandar para o paciente	

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Nº 00  
 20/08/19 10:10

Imp: 18/08/2019 23:54:01  
 User: ALEXANDRO ISBIAPINA  
 (Estado: ACR01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		Prontuário: 341441
Mae: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	Pai: RAIMUNDO DA SILVA NUNES	
End.Resid.: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m24d	Sexo: Masculino Fone: 86-99407-7747
Responsável: MILDIA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES	CNS: 704509364518910	
Profissão: MOTO TAXISTA	Documento: CPF: 758.321.433-53	
E-Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 736799	Data: 18/08/2019 23:50:00	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: SUS	
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Tipico: Não
		CID Secundario: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Déficit neurológico novo	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
-----------------------	--	--------------------------	------------------------

Breve Histórico:

ACIDENTE DE MOTO DE ALTO IMPACTO, DESORIENTAÇÃO, VOMITO, EPISTAXE, RAIO X EVIDENCIA TRAUMA DE MANDIBULA, TRAUMA DE BASE, ORBITA ESQUERDA E COSTAL A DIREITA, NEGA ALERGIA, NEGA OUTRAS PATOLOGIAS, NAO FIZ USO DE MEDICAMENTOS

Professional Clas. Risco:

FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO

COREM 147045 PI

Em: 18/08/2019 23:54:01

DADOS CLÍNICOS: (Hora: OG: OA)

# exa. geral - paciente interna de acidente de moto.  
 ac cr. hemodinamicamente estável, em regular estado  
 geral, eupneico em ar ambiente. PEP: tórax simétrico  
 ausculta cardiopulmonar normal bilateralmente. Abdomen:  
 apalpado, undoso, sem VMO ou dor. TC de tórax (sem  
 piorão): opacificação de costelas? sem pneumothorax?  
 A ed: alta da cir. geral. sol. avaliação da ortopedia

PA \_\_\_\_\_ mmHg | Pulso: \_\_\_\_\_ | FC: \_\_\_\_\_ bpm | Temp: \_\_\_\_\_ | CID: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

*Alta glos. (06:35)  
 DR. Ricardo Valença  
 DR. André - Charles*

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /

HORA: : :

Procedimento

Dr. Ricardo Valença  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM: 3786 - TEDT: 1110  
 Tel: (86) 9866-1110

Assinatura - Profissional

*Mildia Domingas*

Assinatura Paciente ou Responsável

José Luis Mendes de Melo  
 Matr.: 47390  
 HUT - PROFISSIONAL  
 CONFIRMO ORIGINAL



## 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

Prontuário:

341441

Internação:

245603

### RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

#### DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

End. Resid.: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 12/02/1975	Idade: 44a5m26d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: MOTO TAXISTA
Admissão: 19/08/2019	G. Instrução: Não informado	Fone: 86-99407-7747	Cartão SUS (CNS): 704509364518910	Procedência: TERESINA

Pai: RAIMERDO DA SILVA NUNES

Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA

Responsável: MILDÁ DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES

End. Responsável: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI  
TERESINA - PI

64000-010

Documento: CPF: 756.321.433-53

Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):  
ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

#### INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação	Alta		Clinica:
Data: 20/08/2019	Horas: 16:26	Data: 21/08/2019	Horas: 09:10h

#### Diagnóstico de Admissão:

Procedimento: 0404020550 - OSTEOSÍTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA

CID 10: S026 - Fratura de mandíbula

#### Diagnóstico de Alta:

Procedimento:

CID 10:

#### Tratamento Realizado:

*Exodontia + fixar + sutura mandibular.*

#### Exames Realizados:

*TC e Rx*

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

*DR. JOSÉ CARLOS GOMES FILHO*  
Data:

Dr. José Carlos G. Gomes Filho  
CIRURGIA BUCO-MAXILOFACIAL  
IMPLANTODONTO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

José de Jesus da Silva Nunes

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de mandíbula

Operação - Tipo

Redução + fixação de mandíbula

Cirurgião

Carlos Eduardo

1º Assistente Luis

2º Assistente

Weley

3º Assistente Léo

Instrumentador(a)

Renata

Anestesista

João

Anestesia

Geral

Anestésico(a)

Data da Operação

20/08/15

Inicio 15:00

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura de mandíbula

Relatório Imediato do Patologista

φ

Acidente Durante a Operação

φ Não houve

### Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1 - Estabilização mastoideal

2 - antisepsia axila-oral e operatório de campo

3 (ESTERILIZADO) infiltração de xylo 2% com 40000

4 - Acesso submandibular + iliopecto

5 - Redução anatômica e fixação (02 placas e 09 parafusos de 2.0mm)

6 - Sutura em planos + hemostasia de hemorragia.

7 - Encerrado

φ

José Luís Mendes de Mesquita  
Matriarca: 4730  
SAME - HUT  
CONFIRA COM O ORIGINAL

19/08/19 - 00:30 - Neurocirurgia - Acidente  
de moto sem capacete, ingesta de bebida alcoólica.  
Ao exame: consiente, orientado, glasgow 15, edema  
do hemiface direita principalmente orbital direita,  
sangramento no faringe, movimenta os quatro mem-  
brões de maneira: sem afeções neurocirúrgicas.

- Alta da neurocirurgia
- Avaliação da boca, energia geral

Dr. Leonardo Moura  
Neurocirurgia  
CRM - PI 3671

José Luís Mendes de Melo  
Matriarca 47390  
SAMEI-HUT  
CONFERE COM O ORIGINAIS

22:45h - Sócio novamente à enfermeira, contato com Cirurgião Dr. Dr. Isaac Alcoforado  
máximo p/ avaliação do paciente.

Fátilia Agnelli de Souza  
Enfermeira  
COREN - PI 177.884

03:08 - Feito novo contato com a telefonia para solicitar presença  
do bucomaxilo para avaliações de paciente.

Isaac Alcoforado  
ENFERMEIRO  
COREN - PI 315.29

CTBMP 19/08/19 às 04:23 CID 502.6  
CID: 0404020500.

Paciente vítima de acidente motociclistico, orientado.  
Ao exame físico foi observado escoriação na face, desarranjo  
no arco supraciliar ①, mucosa do lábio inferior bem aberta  
ibucal suficiente, apresentando apenas 2 dedos para alterura  
ao exame de imagem o paciente apresentava fratura  
mandibular localizada na parassinfise, com deslocamento  
lateral, SD intramais pela boca após avaliação das  
márcas suculento epiglótico

#CTBMF # 19/08/19 07:50

Paciente vítima de acidente motociclistico  
apresentou ao exame TC de face fratura de  
sinfise mandibular com indicação de redução  
e fixação interna cirúrgica.

Conduita: Internação e programar cirurgia

*[Handwritten signature]*  
Dr. Lúcio Mendes de Mesquita  
Ortopedista & Traumatologista  
CRM-RJ 00000000000000000000

CRM-RJ 00000000000000000000  
Dr. Lúcio Mendes de Mesquita  
Ortopedista & Traumatologista

José Luís Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HPT  
CONFERE COM O ORIGINAL



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

3  
284155

## 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****245603**

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

6 - Prontuário: 341441

7-CMS: 704509364518910 8-Nascimento: 22/02/1975 9-Sexo: Masculino

CPF: 758.321.433-53

-Mae: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA

12-Fone: 86-99407-7747

13-Resp: MILDIA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES

14-Cor: Parda

15-Ender: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - 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:

Dr. (uºTua), Jesus

21 - Condições que justificam a internação:

1 - Fratura, procedimento cirúrgico sob anestesia geral.

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

12 - Fratura

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de mandíbula

24-CID Princ:

25-CID Sec.:

26-CID C.Aaa. I

S026

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0404020550 OSTEOSÍTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA

Tempo SUS

3

29-Clinica:

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

02

01

CPF

957.650.423-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO

20/08/2019

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36- Acidente de Trânsito37- Acidente Trabalho Típico38- Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

 Empregado     Empregador     Autônomo     Desempregado     Aposentado     Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

 CMS     CPF50-Jean Luisa Mendes de Mesquita  
Número: 47390  
Conselho:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: COMENDADOR ANTONIO BURIVAN

Comunicação Local: 736799

Consulta SUS:

Impressão: 20/08/2019 16:26:40

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 234155 AIH: 2219101831573
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	NOME DO PACIENTE 704509364518910 JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES	NASCIMENTO 22/02/1975	SEXO M	PRONTUÁRIO 341441
DOCUMENTO CPF	TELEFONE DOCUMENTO CPF	NOME DA MÃE FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	RESPONSÁVEL NILDA DOMINGAS	
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO QD-X CASA 23			NUMERO / LOTE 23
BAIRRO SANTA MARIA DA CODIP	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE DUAS HORAS. MENCIONA USO DE CAPACETE, MAS O MESMO FOI SACADO DURANTE O OCORRIDO. RELATA PERDA MOMENTANEA DA CONSCIENCIA, NEGANDO VOMITOS, OTORRÉIA OU RINORRÉIA. VEIO TRANSFERIDO DO HOSPITAL BUENOS AIRES PARA AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA, JA PORTANDO RELATÓRIO DE TRANSFERENCIA, ONDE O MESMO CITA REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CRANIO E TORAX, EVIDENCIANDO FRATURA DE FACE, BEM COMO DEM REGIÃO COSTAL A DIREITA. ESCORIACOES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

#### CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

AS ACIMA

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME DE IMAGEM : TC DE CRANIO E FACE

#### INFORMAÇOES COMPLEMENTARES

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

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404020530 - OSTEOSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDIBULA

LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARATER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 18/08/2019
DATA ADMISSÃO 18/08/2019 23:50	DATA ALTA 21/08/2019 08:36

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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))  MARCIONIDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07936460013 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA  Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47892 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL
DATA ANÁLISE: 19/10/2019 15:46:39	CPF CRM DATA ANÁLISE

#### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47892  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20 / 08 / 59

NOME DO PACIENTE:	<i>José de Jesus da S. Nunes</i>	PRONTUÁRIO Nº:	343443
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	<i>João B.</i>	Nº DA SALA:	03
CIRURGIÃO:	<i>Carlos Eduardo</i>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	CPF Nº:		
ANESTESIA:	<i>Geral</i>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Residente</i>	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI n° 35	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5 a 6,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7,0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	-		PVPI DE GERMANTE	ML	-	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO N°	UNID.	-		TOT n° 7,0		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	/			<i>Escorras = 04</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	/			<i>Bisturi Elétrico Monofásico = 03</i>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG	/			<i>Micropoli = 30 cm</i>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG	/			<i>AgoFlex n° 4 = 03</i>			
ALCOFIL	/						
MONONYLON n° 2,0	03						
FITA UMBILICAL	/			ENFERMARIA:			
VICRYL n° 3,0	03			CIRCULANTE:	<i>Vanderluz Viana</i>		
PROLENE	/						

*Mononylon n° 5,0 - 03**Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 97390  
SAME 2007  
CONFERE COM O ORIGINA*

NOME José Jesus Sávio Nunes

IDADE anos

DATA 20/10/2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 10 min

TIPO DE ANESTESIA( ) GERAL( ) RAQUE( ) BLOQUEIO( ) PERIDURAL( ) SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA osteointese da mandíbula

CIRURGIANO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	147 / 92		157 / 92
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	105		82
SATURAÇÃO DE O2 (%)	98%		95%
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	36		36
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	Gilson		Gilson

## ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	ADMISSÃO		SAIDA
			1		
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou não comando	0	0	0	0
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0
	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	(1) NENHUM DOR (2) DOR MÍNIMA (3) DOR MÍDIA (4) DOR MÁXIMA (5) DOR INTENSA (6) DOR MUITO INTENSA (7) DOR INDEFINIDA		TOTAL	09	
ESCALA DE DOR ALTA	(1) NENHUM DOR (2) DOR MÍNIMA (3) DOR MÍDIA (4) DOR MÁXIMA (5) DOR INTENSA (6) DOR MUITO INTENSA (7) DOR INDEFINIDA		ASS.	fundínea	

( ) SONDA VESICAL	( ) DRENO DE SUCÇÃO	( ) DRENO TORACICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG( ) NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em POI de osteointese da mandíbula; segue calma; ronfante; aa. Enxa. fundínea 484.168

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

José Luis Mendes de Melo Júnior  
Matrícula 47390  
SAME-HUT  
COM O ORIGINAL

ALTA SRPA

CRMEF

CRM-PI 4924

Fernanda R. S. Matos  
CRMEF  
CRM-PI 4924

Altura da RPA  
Sem Quicar

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

Retorno

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



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>245603</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES	6 - Prontuário: 341441		
7-CKS: 704509364518910	8-Nascimento: 21/02/1975	9-Sexo: Masculino	CPF: 758.321.433-53
11-Mae: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA			12-Fone: 86-99407-7747
13-Resp: MILDA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES			14-Fone: 86-99407-7747
15-Ender: QD X CASA 23 - SANTA MARIA CODIPÍ - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. 0404020550	30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOSSÍTESE DE FRACTURA SIMPLES DE MANDÍBULA	Quant. Soli- cidate: 2
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702050482	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	

Fornecedor da OPM: BIOSINTÉSE

38-Profissional Responsável: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO	40-Tp. Documento: CPF	Códigos Especiais: M. Sul/SE E-mail: <i>[Signature]</i> 41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: 20/08/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 957.650.423-68	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Pedro Henrique Carvalho dos Anjos Genu*

**AUTORIZAÇÃO**

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

50. Nome do Profissional/parecer controlador de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: ____/____/____	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) <i>(ANTONIO EURIVAN)</i>

*Juana Luisa Mendes de Mesquita  
Matr. 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL*

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47360  
SAME - HUT  
SERE COM O ORIGINA

**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

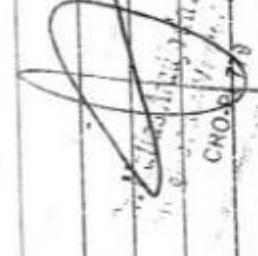
NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
<i>Joana Luisa Mendes de Mesquita</i>					<i>○S</i>
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	<i>BUCOMAXILOFACIAL</i>				
HORÁRIO					
DATA: <i>21/08/19</i> HORA: <i>10:10</i>	<i>PRESCRIÇÃO MÉDICA</i>				
<b>1) Dieta líquida pastosa</b>					
<b>2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h</b>					
<b>3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h</b>					
<b>4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h</b>					
<b>5) Dipirona sódica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h</b>					
<b>6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h</b>					

*Dra. Luciana Gomes Filho  
DENTISTA  
CENTRO DENTAL  
DENTAL DENTONIA*



PREScrição  
MÉDICA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE	DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DATA:	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APF.	LEITIO
José Sá - D.J.H / Factura Histamíne.			20/06/2011	34/16/211		J.D.S	09	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES				HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
DATA: 20/06/2011 HORA: 00		-10:00		13:15h Encaminhado p/ C.C.			Notificado paciente em sua residência p/ enf. encl. Breve resumo de exame.	
1) Dieta líquida com sopa		10:00 / 09h30m após 70,0		(22/06/08)			12:18 2/2/08 obstrução	
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h				14			12:18 2/2/08 obstrução	
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h				12 18			12:18 2/2/08 obstrução	
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h				14			12:18 2/2/08 obstrução	
5) Dipirona sódica 500mg, 1 amp+AD, EV de 6/6h				12 18			12:18 2/2/08 obstrução	
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h				14			12:18 2/2/08 obstrução	
7) Tilitil 20 mg + AD EV de 12/12h				12 24			12:18 2/2/08 obstrução	
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia								
9) SSVV + CCGG								
 Joana Luisa Mendes de Melo Matrícula: 47390 SIAME - HUT CONSEJO COM O DR.								

# SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 54010-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

341441

Internação:

245603

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

End. Resid.: QD X CASA 33 - SANTA LUZIA - CNPJI

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m0d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: MOTO TAXISTA
--------------------	---------------------------	-------------------	----------------------------	----------------------------

Internação

Alta

Permanência

Data 20/08/2019	Hora 16:26	Date 21/08/18	Hour _____
--------------------	---------------	------------------	---------------

Cod.CID:

**5026**

Diagnósticos:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

*Internado*

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

*Bom estado geral*

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: 20/08/18 Tipo: *Intervenção h fôrum*

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta:  Curado  Melhorado  Pedido  Evasão  Administrativa  
 Óbito  Transferência outro serviço  Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: \_\_\_\_\_ Transporte: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assist Médico/ Assistente/Auxiliar \_\_\_\_\_  
 Dr. José Carlos O. Gomes Filho  
 CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL  
 IMPLANTODONTIA  
 CRO-PI 2200  
 Matrícula 747390  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINA-

## EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Nome: José de Jesus da Silva Nunes		Prontuário: 343443	
Idade: 44	Profissão:	Naturalidade:	Procedência:
<b>DATA</b>		03:30 - Segue nos cuidados da equipe, aguardando conferir bucomaxilo e cirurgia geral. Feito novo contato com a telefonia solicitando a pre- sença dos profissionais.	
19/08/19		04:00 - Jó avaliado pelo bucomaxilo, aguarda avaliação da cirurgia geral. Feito contato solicitando profissional.	
		<del>Isaac Alcoforado</del> <del>ENFERMEIRO</del> COREN-PI 315.39	
		<del>Ass. Alcoforado</del> <del>ENFERMEIRO</del> COREN-PI 17.296	
5h52' Realizado (cirurgia) setor em condado bacal e sutura (1).			
Aguarda evolução da cirurgia geral		<i>Márcia Socorro Portela Gurgel, Buc Maxilo Facial nº 21135/CP-32/2022-07-24</i>	
<u>07:30h</u> Ortopedia. Reabilitação		<i>De: Gávio Vaz de Oliveira Neto Médico Odontólogo CRM-PI 3054 / RQE 225</i>	
fo parho (1) credere seu local			
px - finda Roda B.M.F?			
an - Talo Genodo Reunido + Cunha			
Até da Ortopedia			
Reanálise B.M.F.			
		<i>José Luis Mendes de Melo Matrícula: 42320 SAME - HUT CONFIRME COM CORRIGIDA</i>	



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 727281917	Nº REGULAÇÃO: 87370	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D'ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: NEUROCIRURGIA		
PACIENTE: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES	NASCIMENTO: 22/02/1975	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

18/08/2019 21:53:13 PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO DE ALTO IMPACTO, COM DESORIENTAÇÃO MENTAL. RELATO DE VÓMITO E EPISTAXE. REALIZADOS RAIOS X DO TRAUMA EVIDENCIANDO FRATURA DE MANDIBULA A DIREITA, TRAUMA EM BASE DE ORBITA A ESQUERDA, FRATURA COSTAL A DIREITA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAME CLÍNICO E RX DO TRAUMA

XAMES SOLICITADOS:

TC DE CRÂNIO E DE FACE

DIAGNÓSTICO(CID): TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 130x80(mmHg) FREQ. CARDÍACA: 100 bpm SATURAÇÃO: 98% FREQ. RESPIRATÓRIA: 16 rpm

GLICEMIA: 89mg/dL NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 14 USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

ATA: 18/08/2019 22:07:54

Dr. Anderson Souza Moura  
Cirurgião Geral / Especialista em  
Cirurgia Plástica e Reconstrutora  
Especialista em  
Endocrinologia Digestiva

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO EXAMINAMENTO / CARIMBO

José Luís Mendes da Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)  
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799  
Requisição: 989421 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1287567 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206010079

Data Exame: 19/08/2019

#### T.C. DE CRANIO

TECNICA: EXAME FEITO EM TOMOGRAFIA MULTISLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

#### RELATÓRIO:

- PARÊNTIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- ABSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATHOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/08/2019

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696 958 303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME-HUT  
CORRERE COM O ORIGINAL

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)  
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799  
Requisição: 989422 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1287568 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 19/08/2019

#### T.C. DE FACE

TIPOLOGIA: EXAME FEITO EM TOMOGRAFO MULTI-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

#### ANOTATÓRIO:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- PARECES DOS SETOS MAXILARES E ASSOMBRADA ORBITA DIREITA;
- PROCESSOS PTERIGÓIDES;
- SEPTO NASAL;
- PALATO DURO À DIREITA;
- REGIÃO PARAMENTONIANA DIREITA DA MANDÍBULA.

- HEMOSSEINUS FRONTAL, ETMOIDAL E MAXILAR BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.

JORGE AUGUSTO

TERESINA - PI 19/08/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696 958 303-15 CRM-PI 3090  
Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Melo  
Matrícula 47390  
SAME/FAT  
CONFERE COM O ORIGIN



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1520 - Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

P-401-1-001

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)  
 Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPÍ - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799  
 Requisição: 989424 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
 Controle: 1287570 Convênio: SUS

Cod. SIA: 0206020031

**RELATÓRIO:**

T.C. DE TORAX

Data Exame: 19/08/2019

TECNICA: EXAME FEITO EM TOMOGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

**RELATÓRIO:**

- ATELECTASIAS LAMINARES NAS REGIÕES POSTERIORES DOS PULMÕES.
- TRÂNEA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- ABSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCAVOÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATOMICA.

JORGE AUGUSTO

TERESINA - PI 19/08/2019

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090  
Profissional Responsável

José Luís Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47360  
SAME - HUT  
COM O ORIGINAL

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)  
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA CODIP - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a6m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799  
Requisição: 989473 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1287691 Convênio: SUS

Cod. SIA: 0204040124

### RELATÓRIO:

Data Exame: 19/08/2019

#### PUNHO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Fazetas moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

JORGE AUGUSTO

TERESINA - PI 23/08/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF 227 528.623-34 CRM - 1727  
Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes da Mesquita  
Matrícula: 67390  
SAME Net  
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Octavio Tito 1620 - Redenção - Fone/Fax: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)  
 Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a6m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799  
 Requisição: 989473 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
 Controle: 1287692 Convênio: SUS

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 19/08/2019

**MAO DIREITA**

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

JORGE AUGUSTO:

TERESINA - PI 23/08/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727  
 Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 472690  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tita 1820 - Redenção - Fone: 86-3216-5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 35.522.917/0022-02

Pági 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente:	<b>JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES</b>	(Prontuário: 341441)	
Endereço:	QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPÍ - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	22/02/1975	Idade: 44a5m26d	Sexo: Masculino
Requisição:	990122	Solicitação: 20/08/2019	Origem: INTERNAÇÃO
Controle:	1288935	Convênio: SUS	Solicitante: CARLOS EDUARDO MENDONCA BATISTA
		CLÍNICA NEUROLOGIA - P07	Atendimento: 245603
			ENFERMARIA 212 LEITO 09

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 20/08/2019

**T.C. DE FACE**

**TIPOLOGIA:** EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMETRICA.

**RELATÓRIO:**

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:
  - PAREDES DOS SEIOS MAXILARES E ASSOALHO DA ÓRBITA DIREITA;
  - PROCESSOS PTERIGÓIDES;
  - SEPTO NASAL;
  - OSSOS NASAIS;
  - TÁCTO DÚRO À DIREITA;
  - ESTRATO PARAMENTONIANA DIREITA DA MANDÍBULA, ALINHADA;
  - PAREDE LATERAL DA ÓRBITA ESQUERDA.
- HEMISSÍNCIOS FRONTAL, ETMOIDAL E MAXILAR BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.
- EDEMA/HEMATOMA EM REGIÃO PARAMENTONIANA, JUGAL E MALAR À DIREITA, NASAL, PERCOSBITÁRIA E SIGOMÁTICA BILATERAL.

(GRANDI SILVA)

TERESINA - PI 20/08/2019

**DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE**

CPF: 566.189.643-34 CRM 3389  
Profissional Responsável

Jur. Luis Mendes de Mesquita  
Matrícula: 49990  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

BILHETE DE SEGURO DPVAT

Nº 01242817000

DETRAN PI  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
2120  
0147  
1  
2499  
3886  
1248  
4021  
6044  
P022  
C001  
6509  
2617

PI N° 012423170682

PIU - 2026

PIU - 2026 2017

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

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

WWW.DPVAT 0800 022 1204  
SAC DPVAT 0800 022 1204

JOSE DIL DESSUS ITA 8000  
6044  
P022  
C001  
6509  
2617

75832143353  
PIU - 2026

2017 21/09/2017

75832143353

PIU - 2026

2017 21/09/2017

AGENDA  
AGENDA  
AGENDA

MARCA / MODELO  
ANO / FAB.  
ANO / FAB.

VEÍCULO  
VEÍCULO  
VEÍCULO

PLACA / NOME  
PLACA / NOME  
PLACA / NOME

DATA DE PAGAMENTO  
DATA DE PAGAMENTO  
DATA DE PAGAMENTO

VALORES  
VALORES  
VALORES

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
Chegou em 24h. 500.000.000 de reais  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

DEZ-2016

CONTRAN

TERESINA

*Assinatura do Agente de Trânsito*

21/09/2017

DEZ-2016





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.448.746	DATA DE EXPEDIÇÃO	28/08/13
NOME			
JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES			
FILIAÇÃO			
FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA RAIMUNDO DA SILVA NUNES			
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
TERESINA-PI	22/02/1975		
DOC. ORIGEM			
CERT.CASAM.	25079	L	B-76
EXP TERESINA-PI	12/01/11		
CPF	758.321.433-53		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

**equatorial**  
ENERGIA

Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
<b>OUTUBRO/2019</b>	<b>31/10/2019</b>	<b>394</b>	<b>411,88</b>

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DATA DA LEITURA
Atual:	21824	Atual:
Anterior:	21430	Anterior:
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:
Consumo Médio:	394	Emissão:
Consumo Faturado:	394	Apresentação:
Forma de Faturamento: NORMAL	FCAM	Dias de Consumo: 30
Código de Irregularidade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 22 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO kWh		DESCRÍPCAO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
SET/19	368	CONSUMO	394 A R\$ 0,944936 = 372,30
AGO/19	285	CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSIP)	30,03
JUL/19	222	MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00	0,57
JUN/19	205	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00	0,13
MAI/19	204	MULTA POR ATRASO 09/19-00	7,18
ABR/19	178	JUROS POR ATRASO 09/19-00	1,67
MAR/19	243	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,70	
FEV/19	297	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,12	
JAN/19	365		
DEZ/18	57		
TARIFA SOM TRIBUTOS:			
	0 A 394 - 0,635010		

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Use este número para fazer o pagamento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 (v.2), entre em contato por meio desse número com a sua distribuidora.

RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.848F.DDDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo:	372,30 271,78
Energia:	141,48	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS:	100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS:	1,40% 3,82
Tributos:	121,98	Valor do COFINS:	6,49% 17,64

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DNC		PIE		DNC		DNC
	Mensal	Semanal	Anual	Mensal	Semanal	Anual	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00			0,00			0,00
Conselho	TERESINA-MACALIBA			Período de apuração:	08/2019	VALOR:	100,91

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR - R\$

0051869-7 411,88

MÊS FATURADO VENCIMENTO

10/2019 31/10/2019

Nº da Nota Fiscal: 029074335 FCAM

83650000004 4 11880017000 3 00000000051 3 86971019008 1



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/10/2019 T.ENTR.: 09

LEITURA: 21824 NORMAL TOTAL: 411,88 CARGA: 010

DT.VENC.: 31/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 fazenda 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Nelle Rege Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91-07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José De Jesus Da Silveira inscrito (a) no CPF sob o N° 758.321.433 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura T PA da Vítima José De Jesus inscrita (a) no CPF sob o N° 758.321.433 / 53 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 24 De Janeiro</u>	Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Frente</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP	<u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 14 de novembro de 2019  
Início e Data

Nelle Rege Soares Marques  
Assinatura do Declarante

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

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

2 - Nº do cadastro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

758.321.433-53

4 - Nome completo da vítima:

José De Jesus Da Silveira Nunes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

José De Jesus Da Silveira Nunes

6 - CPF:

758.321.433-53

7 - Profissão:

metaloquista

8 - Endereço:

Av Res Francisco Trindade

9 - Número:

023

10 - Complemento:

escola

11 - Bairro:

STA Maria da Piedade

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64012-321

15 - E-mail:

eduansseguros2@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(86) 99534-6565

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 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ 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) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 1140 36

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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, informar Vivos:

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vámenes):

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina - PI 14/11/19  
José De Jesus Da Silveira Nunes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CNPJ 0011.0000/0000-00

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Imp: 18/08/2019 20:49:36  
(User: MAXWELL SANTOS)  
(Estação: GERENCIAMENTO)

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		Prontuário: 134436
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	Pai:	
End.Resid.: QD. X, CS. 23, RES. FRANCISCA TRINDADE - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP:		
Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m2d	Sexo: Masculino Fone: 86-99963-1428
Responsável: MILDÁ - ESPOSA	CNS:	
Profissão:	Documento: Reg.Nasc: SEM DOCUMENTAÇÃO	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 176634	Entrada: 18/08/2019 20:47:14	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): QUEDA DE MOTO			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
	HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES ENTREGUE Documento Confite Controle Oficial THE Diz/2011 Salvo Redação	Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)				
IMC:	Rg/m <sup>2</sup>	Peso:	Imp:	Pressão:	mmHg

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

- Paciente vítima de acidente motociclístico há 40 minutos. Repete ter se chocado contra muro e parede. Apresenta lesões cutâneas em face, pescoço. Apresenta confusão mental. A exame SCG = 14. Evacuado, empêro. Abdomen inofante.

Agenda de Início:	CID:
-------------------	------

## Exames Complementares:

- Rx do Tórax. / TC de Crânio + encefalo + fratura de mandíbula, costela e óbita. Neurologista no HUT.

## Prescrição Médica:

② Transtornos gástricos + Tlalitipox + sfoix + losartan 200 mg + 80 pts / mês. (Gastrite) Preenchida solicitação de vagas no hospital.

## Motivo da Alta/Encerramento:

MILDÁ DOMINGOS DATA: / / HORA: : : Alta (sem urgente).

Dr. Aderson Aragão Moura  
Gastropediatra Coloproctologia  
Clínica Biomédica Endoscopia  
Endoscopia Oftalmológica  
CRM - PI 4115

**ÁGUAS DE  
TERESINA**

CNPJ 27157474000106 - IE 199568574  
Av. Prof Camilo Filho, 3960, todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38  
29198627182744

HIDROMETRO  
25712519-1

FATURA NR  
152704109  
MÊS/ANO  
8/2019

NOOME/ENDEREÇO  
MORADOR MILDÁ DOMINGAS MENDES DA SILVA

CON RES FRANCISCA TRINDADE 0---X-CASA-023-STA MARIA DA  
CODIPI-TERESINA-PI-cep:64012321

LOCALIZAÇÃO  
018-00001-006590

GRUPO  
018  
NÚMERO DO HIDRÔMETRO  
A12L150960

HISTÓRICO DE CONSUMO		ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
07/2019	Lido	15		15	
06-2019	Lido	14		14	
05-2019	Lido	15		16	
04-2019	Lido	12		12	
03-2019	Lido	14		14	
02-2019	Lido	14		14	

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA  
1 Residencial - Normal

DATA  
ANTERIOR 24/07/2019 944  
ATUAL 27/08/2019 962

CONSUMO MÊS ME  
18  
LIG. PAGA 77.94x7.50% = 1.26  
CORR. 77.94x7.50% = 5.92

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E R\$  
0,19 3,0569 09  
19 5,7120 00  
25 999999 99

DESCRIÇÃO  
VALOR REFERENTE ÁGUA - 76,36  
> Residencial-Normal 18,0 m<sup>3</sup> 76,36  
JUROS POR ATRASO 06/2019 0,44  
MULTA POR ATRASO 06/2019 1,14

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E R\$

VENIMENTE  
30/09/2019

TOTAL A PAGAR  
77,94

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM:  
SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.  
SE SEU HIDROMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,  
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/96, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2581	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2667	2618	49	6,08	Inferior a 15
pH	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50
TURBIDEZ	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5
CONFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1027	1025	2	Ausente	Ausente
	1027	1027	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 27/08/2019 HORA DA EMISSÃO: 10:27

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 18 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190642896**

**Vítima: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES**

**Data do Acidente: 18/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES**

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Órgão ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
758.321.433-53 José de Jesus da Silva Nunes

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

5 - Nome completo: José de Jesus da Silva Nunes 6 - CPF: 758.321.433-53  
 7 - Profissão: metalúrgico 8 - Endereço: 9 - Número: 023 10 - Complemento: casa  
 11 - Bairro: STA maria da Piedade 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-321  
 15 - E-mail: eduardo@seguros20@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 0029

CONTA: 1140 36

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deu ou nasceu (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

Teresina - PI 14/11/19  
José de Jesus da Silva Nunes





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100122.002790/2019-44

Unidade de Registro: 22º DP DE TERESINA

Resp. pelo Registro: Nelson Pereira Mascarenhas Neto

Data/Hora: 19/08/2019 - 16:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

22º DP DE TERESINA

560356

Data/Hora

18/08/2019 - 19:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

MONTE VERDE

Endereço

ALAMEDA FRANCISCO NOGUEIRA, Nº:

Complemento

SANTA MARIA DA CODIPI

Ponto de Referência

PROX. HORTA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ VINICIUS MENDES DA SILVA NUNES

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 4539813 SSP PI

Mãe: MILDÁ DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES

Pai: JOSÉ DE JESUS DA SILVA NUNES

Endereço: RESIDENCIAL FRANCISCA TRINDADE, Nº 23

Complemento: QUADRA-X

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9963-1428

Mandado: 0000000000000000

Nome: JOSÉ DE JESUS DA SILVA NUNES

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 1448746 SSP PI

Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA

Pai: RAIMUNDO DA SILVA NUNES

Endereço: FRANCISCA TRINDADE, Nº 23

Complemento: QUADRA-X, CASA-23, RES. FRANCISCA TRINDADE.

Bairro: SANTA ROSA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9963-1428

Mandado: 0000000000000000

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa.

MEIO(S) EMPREGADO(S)

Meio(s) Empregado

Apreendido

1 - OUTROS.

Não Apreendido

OBJETO(S) MATERIAL(IS) ENVOLVIDO(S)

1 - MOTOCICLETA.

Cor: Preta

Qtd: 1

Valor: 0,00

Modelo: CG 160 START

Marca: HONDA

Nº Série: CHASSI: 9C2KC2500HR059323

Identificação: PLACA: PIU-2026, THE-PI.

Complemento: RENAVAM: 01129894395. ANOS: 2017/2017

RELATO DA OCORRÊNCIA

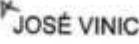
O noticiante afirma que seu pai que conduzia a moto supracitada no endereço citado acima se chocou com monte de barro, que estava no meio do asfalto e que foram deixado por uma caçamba amarela, que danificou a moto e causa lesões no corpo de seu pai, que mesmo caiu da moto, que ele foi socorrido por uma pessoa, que acionou o SAMU, mas ele foi socorrido por um parente, que levou para HOSPITAL DA TRINDADE, que em seguida levaram para HOSPITAL DO BUENOS AIRES, daí o levou para HUT, onde

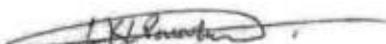


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100122.002790/2019-44

está internado.

  
Jerônimo Soárez Lime Júnior - Mat.  
AGENTE DE POL

  
JOSÉ VINÍCIUS MENDES DA SILVA NUNES - Noticiante  
Responsável pela Informação

  
Luccy Kelko Leal Parába  
Delegado Geral da Polícia Civil  
Mat.: 196.333-7

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190642896**

**Vítima: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES**

**Data do Acidente: 18/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403655/19

**Vítima:** JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

**CPF:** 758.321.433-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/08/2019

**Titular do CPF:** JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES : 758.321.433-53

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](http://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: 18/11/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403655/19

**Vítima:** JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

**CPF:** 758.321.433-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/08/2019

**Titular do CPF:** JOSE DE JESUS DA SILVA  
NUNES

**Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES : 758.321.433-53

- 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](http://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: 18/11/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa